



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA

CAMPUS I - CAMPINA GRANDE

CENTRO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

ANNE KARINE BARBOSA ALVES AMORIM

**AVALIAÇÃO DE CARGA VIRAL E LINFÓCITOS CD4+ DE
GESTANTES SOROPOSITIVAS EM TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

ANNE KARINE BARBOSA ALVES AMORIM

**AVALIAÇÃO DE CARGA VIRAL E LINFÓCITOS CD4+ DE
GESTANTES SOROPOSITIVAS EM TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de graduação em Farmácia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. MSc. ZILKA NANES LIMA

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A524a Amorim, Anne Karine Barbosa Alves.
Avaliação de carga viral e linfócitos Cd4+ de gestantes soropositivas em tratamento antirretroviral [manuscrito] / Anne Karine Barbosa Alves Amorim. - 2014.
18 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Zilka Nanes Lima, Departamento de Farmácia".

1. Assistência farmacêutica. 2. Administração de medicamentos. 3. Contaminação viral. 4. HIV 1. Título.

21. ed. CDD 615.1

ANNE KARINE BARBOSA ALVES AMORIM

**AVALIAÇÃO DE CARGA VIRAL E LINFÓCITOS CD4+ DE
GESTANTES SOROPOSITIVAS EM TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL**

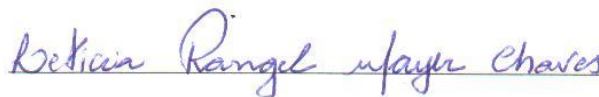
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de graduação em Farmácia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em 20 / 02 / 2014.



Profª. MSc ZILKA NANES LIMA / UEPB

Orientadora



Profª. Esp. LETÍCIA RANGEL MAYER CHAVES

Examinadora



Profª. Drª ROSEMARY SOUSA CUNHA LIMA

Examinadora

AVALIAÇÃO DE CARGA VIRAL E LINFÓCITOS CD4+ DE GESTANTES SOROPOSITIVAS EM TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

AMORIM, Anne Karine Barbosa Alves ¹

LIMA, Zilka Nanes ²

RESUMO

A AIDS é uma doença emergente que tem como causador o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que atinge preferencialmente células do sistema imunológico que expressam moléculas CD4, usando-os para se replicar. Quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via, aumentou-se significativamente a preocupação com a transmissão vertical (TV). Esta, ocorre pela passagem do vírus da mãe para o bebê. Através de intervenções como o uso de antirretrovirais (ARV's) pode-se reduzir a taxa de transmissão de 25% a níveis de 1 a 2%. Objetivou-se avaliar carga viral e linfócitos CD4+, assim como indicar o momento do diagnóstico e a terapia antirretroviral utilizada por gestantes soropositivas assistidas em serviço especializado. Mediante formulário de coleta de dados avaliou-se o acompanhamento á gestantes HIV-positivas assistidas pelo SAE-CG, com foco nos exames realizados do tipo carga viral e contagem de linfócitos CD4 durante o período de gestação. O grupo em estudo teve média de 29,7 anos e a maioria(61%) já tinha conhecimento da sorologia positiva antes do pré-natal. Os exames não foram realizados com a frequência recomendada, sendo que apenas uma paciente realizou-os três vezes durante a gravidez. Não foi possível ser feita a comparação dos exames da maioria das pacientes por ausência de dados. As maiores cargas virais (3330 a 5020 cópias) detectadas foram de três pacientes que descobriram a soropositividade durante o pré-natal. A terapia ARV mais prescrita foi: zidovudina+lamivudina concomitante a lopinavir+ritonavir. A implementação da assistência farmacêutica no Serviço de Atendimento Especializado seria a maneira de promover o desenvolvimento de uma boa prática de dispensação, aconselhamento individual, apoio no acompanhamento dos pacientes e na promoção da adesão

Palavras-Chave: AIDS . Gestantes. Carga viral. Linfócitos CD4.

1. Aluna de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba

annekamorim@hotmail.com

2. Professora Mestre do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba

zilkananeslima@gmail.com

INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da imunodeficiência humana) é uma doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude de seu caráter pandêmico e gravidade (BRASIL, 2007b) . Os primeiros casos foram relatados em 1981, mas somente em 1983, o agente agora conhecido como responsável pela AIDS, denominado vírus da imunodeficiência humana foi isolado e identificado (JANEWAY, 2007).

O vírus da imunodeficiência humana, conhecido como HIV (sigla originada do inglês: *human immunodeficiency virus*), pertence à classe dos retrovírus, da subfamília dos lentivírus. São descritos dois subtipos capazes de levar à síndrome de imunodeficiência adquirida, o HIV-1 e o HIV-2. Este último é identificado em diferentes regiões do mundo, mas sempre em indivíduos que tiveram algum contato com o continente africano ou sua população. Ao entrar no organismo humano, o vírus pode ficar silencioso e incubado por muitos anos. O HIV age no interior das células do sistema imunológico, atingindo, preferencialmente, células que expressam molécula CD4 em sua superfície (como os linfócitos T CD4+), usando-os para se replicar (ANDRADE, 2009).

Os infectados pelo HIV á medida que têm seus linfócitos T CD4+ (principal célula-alvo do vírus) atingidos, evoluem para grave disfunção do sistema imunológico (BRASIL, 2007b). A doença caracteriza-se por uma suscetibilidade á infecção por patógenos oportunistas ou pela ocorrência de uma forma agressiva de sarcoma de Kaposi ou linfoma de células T CD4 (JANEWAY, 2007). A contagem de CD4+ , laboratorialmente, é importante marcador dessa imunodeficiência, de forma que um número abaixo de 350 células/mm³ se torna indicador de que o vírus está causando a imunossupressão. A carga viral em associação ao exame anteriormente citado, é relevante pois indica a viremia do paciente e demonstra quão ativo está o vírus (BRASIL, 2008).

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil teve 656.701 casos registrados de AIDS (condição em que a doença já se manifestou) sendo 5.365 destes no estado da Paraíba, de acordo com o último Boletim Epidemiológico (2012). Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. A taxa de incidência da Paraíba ficou bem abaixo da média nacional, com 10,4 casos, sendo o segundo estado onde é relatada menor incidência (apenas a do Acre é inferior, com 9,6 casos) (BRASIL, 2012) .

Desde 1996, ano da publicação da Lei 9313, o Ministério da Saúde vem garantindo acesso ao tratamento antirretroviral a todas as pessoas que vivem com HIV e que tenham indicação de recebê-lo e, assim a história natural da AIDS vem sendo alterada (BRASIL, 2008) . Juntamente com as campanhas de prevenção, os ARV's parecem estar contribuindo para a estabilização do crescimento da epidemia no Brasil, visto que sua utilização é de fundamental importância para a não-transmissão de gestantes soropositivas para seus filhos e consequente aumento da população infectada.

No início, a infecção pelo HIV estava restrita a determinados “grupos de riscos” em que estavam inclusos os homossexuais, usuários de drogas e hemofílicos. Com o passar dos anos, a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, atingindo desta forma as mulheres, iniciando a feminização da epidemia (COSTA, DANTAS, REIS, 2010). Diante dessa problemática, em que mulheres na idade fértil podem ser portadoras do vírus, é necessário maior atenção para prevenir a transmissão materno-infantil (vertical).

A transmissão vertical (TV) do HIV ocorre pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação (35%), o parto/periparto (65%) e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação (7 a 22% por exposição) (BRASIL, 2007a) .Os fatores maternos que podem estar relacionados ao aumento do risco de transmissão perinatal incluem a doença materna avançada, a baixa contagem de CD4+ e o aumento da carga viral, bem como, corioamnionites, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), prematuridade e a ruptura das membranas amnióticas por mais de quatro horas antes do parto (VAZ; BARROS, 2000).

Resultados obtidos com o protocolo ACTG 076 – nome pelo qual ficou conhecido o estudo do *Aids Clinical Trial Group* – possibilitaram uma redução significativa do risco de transmissão vertical do HIV. À guisa de exemplo, foi realizada uma análise comparativa entre dois grupos de gestantes assintomáticas: o primeiro fez uso do antirretroviral zidovudina (AZT) e o segundo grupo utilizou placebo. Os resultados apontaram para uma redução na transmissão vertical do HIV no grupo que utilizou o AZT quando comparado ao grupo controle (SANT'ANNA; SEIDL, 2009). As taxas de transmissão vertical foram de 25% no grupo placebo e 8,3% no grupo que recebeu a intervenção com AZT (BRASIL, 2010). Porém, fatores como resistência viral associada a carga viral elevada determinou o desenvolvimento de mutações que conferem resistência a zidovudina. E assim, novos estudos realizados

determinaram que o uso de esquemas combinados com dois e com três antirretrovirais (ARV's) mostrou uma redução ainda maior na taxa de transmissão vertical.

Atualmente, devido a sua potência de inibição da replicação viral, menor risco de resistência viral a curto prazo e maior segurança dos ARV's, a terapia antirretroviral (TARV) deve ser administrada a todas as gestantes infectadas pelo HIV, com associação de três ARV's, independente da situação virológica, clínica ou imunológica. O tratamento pode ser profilático (quando há necessidade apenas de evitar a TV) ou terapêutico (quando a mãe está imunodeprimida - < 350 céls/mm³ e /ou apresenta doenças oportunistas) (BRASIL, 2010).

Através de intervenções como o uso de ARV's a partir da 14ª semana de gestação; uso de AZT durante o trabalho de parto para mãe e para recém-nascido até 6 semanas de vida, parto cesáreo e não-amamentação pode-se reduzir a taxa de transmissão de 25% a níveis de 1 a 2% (BRASIL, 2007a).

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV nas gestantes não é diferente daquele realizado em outros grupos. Para que se considere a gestante HIV positivo, é necessária a avaliação laboratorial de duas amostras de sangue em datas diferentes e analisadas por métodos diferentes. Para os neonatos, com idade inferior a 18 meses, a detecção de anticorpos não caracteriza infecção pelo HIV devido à transferência passiva desses anticorpos pela placenta (BRASIL, 1998; VAZ; BARROS, 2000).

Somente em 2000, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas (PORTARIA 993/2000). Até então, os órgãos de saúde faziam a notificação ao MS apenas dos registros de doentes de AIDS – pessoas que contraíram o vírus e já manifestaram os sintomas. O objetivo é monitorar os casos de transmissão vertical pra poder tratá-los desde o início (BRASIL, 2002).

Tendo em vista a feminização da infecção pelo HIV/AIDS, é importante a realização do diagnóstico precoce das mulheres em idade fértil, pois, quando identificadas com maior antecedência as gestantes infectadas pelo HIV/AIDS, torna-se possível a adoção das medidas profiláticas de prevenção da TV, como também ações que possibilitem uma assistência de qualidade à mulher (COSTA, DANTAS, REIS, 2010). No Brasil, a Coordenação Nacional de DST/AIDS recomenda que seja oferecido o teste anti-HIV para todas as gestantes, mediante o seu consentimento, com aconselhamento pré e pós-teste, independente de apresentar situação de risco para a infecção pelo HIV (BRASIL, 1998; VAZ; BARROS, 2000).

Portanto, acredita-se que uma maior compreensão do acompanhamento de gestantes HIV positivas que utilizam terapia antirretroviral combinada através de dados prontuários poderá ser um instrumento para auxiliar na realização das estratégias do controle da transmissão vertical. Objetivou-se se avaliar carga viral e linfócitos CD4+, assim como indicar o momento do diagnóstico e a terapia antirretroviral utilizada por gestantes soropositivas assistidas em serviço especializado.

METODOLOGIA

O Serviço de Atendimento Especializado realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. Tem-se ainda, o objetivo de prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.

A pesquisa é do tipo documental com abordagem descritiva de caráter quantitativo realizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Campina Grande – Paraíba, onde teve-se acesso aos prontuários médicos, resultados de exames laboratoriais e ficha de dispensação na farmácia.

Por meio de formulário de coleta de dados foi feita a análise de informações das gestantes como: idade, data de diagnóstico, terapia antirretroviral e exames realizados (com foco em carga viral e contagem de linfócitos CD4). O período avaliado foi janeiro de 2010 a dezembro de 2011. Através da frequência de realização e resultados dos exames laboratoriais e, da determinação dos coquetéis utilizados no tratamento foi feita a exposição dos mesmos, traçando-se o perfil das gestantes assistidas pelo SAE-CG quanto à profilaxia da transmissão vertical.

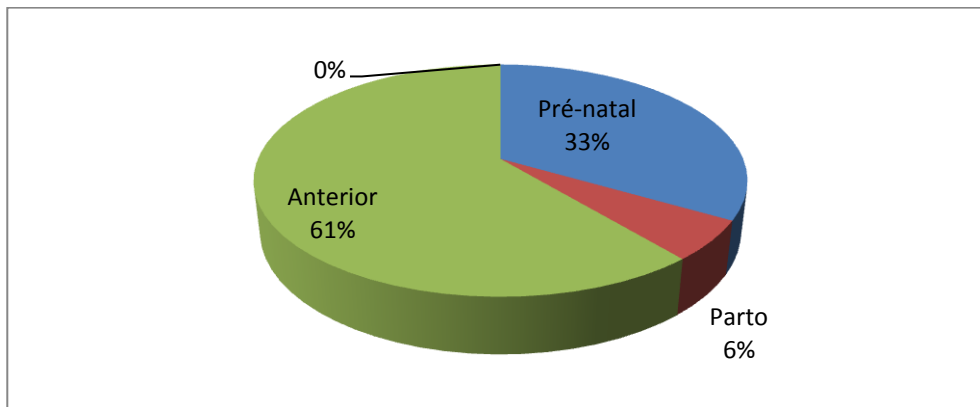
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente com cerca de 630 notificados, no SAE-CG foram identificadas 18 gestantes de 2010 ao final de 2011. Em toda Paraíba, nesse período, foram notificadas 115 gestantes infectadas, segundo Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2012) e o estado possui 4 SAE's (Campina Grande, João Pessoa, Cabedelo e Santa Rita). A falha na detecção precoce, o não consentimento da gestante para realização do teste anti-HIV e a falta de ciência do risco de transmissão do vírus para o bebê gera a subnotificação nos serviços especializados.

As gestantes tinham idade compreendida entre 18 e 41 anos, com média de 29,7 anos, compatível com a prevalência nacional de ambos os anos (2010 e 2011) que foi 25 a 29 anos (BRASIL, 2012). Como encontram-se em idade reprodutiva, deve ser dada importância especial à valorização do sexo seguro por parte das mães. Segundo Gianvecchio e Goldberg (2005), a relação sexual sem proteção e a relação sexual com múltiplos parceiros é um comportamento materno associado à transmissão perinatal. A exposição materna a múltiplas cepas de HIV-1 de diferentes parceiros sexuais predispõe à aquisição de cepa viral mais prejudicial ao feto e, as múltiplas exposições ao sêmen infectado poderiam levar a uma ativação imune e subsequente aumento de replicação viral.

A Figura 1 representa qual foi o momento da descoberta da sorologia HIV. A maioria (11; 61%) já tinha conhecimento anterior e exerceram o direito reprodutivo que lhes é garantido; 7 (33%) descobriram durante o pré-natal; e 1 (6%) soube somente na hora do parto por meio do teste rápido. Esta última, recebeu a intervenção profilática à TV a partir do momento do parto com administração de AZT para ela e para o neonato e, posteriormente, com a não-amamentação como mencionado anteriormente.

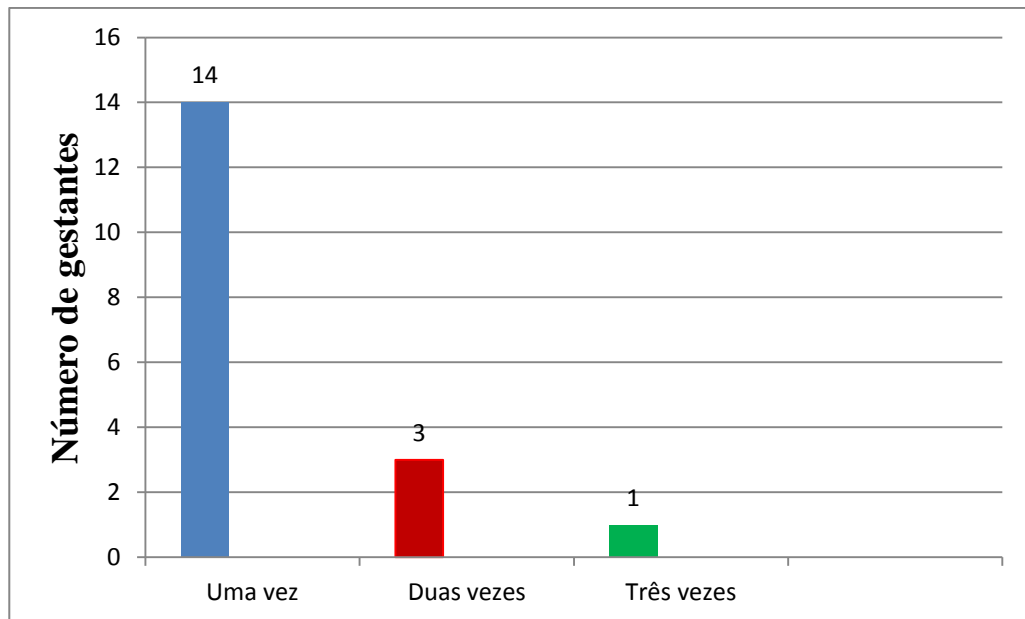
Figura 1. Representação gráfica percentual do momento do diagnóstico das gestantes acompanhadas pelo SAE-CG.



As que já tinham diagnóstico anterior, o conseguiram através de outro pré-natal ou teste realizado por situação de risco (uso de drogas injetáveis, comportamento sexual poligâmico, relação com parceiro soropositivo); e as demais, por consentirem a realização do teste anti-HIV como preconiza o Ministério da Saúde, destacando-se a importância do mesmo tanto para o diagnóstico efetivo quanto para a redução da transmissão vertical.

A abordagem deste estudo com enfoque em exames de contagem de células CD4+ e carga viral (CV) constatou que apenas uma (6%) gestante realizou os mesmos 3 (três) vezes durante o período gestacional; três (17%) o fizeram 2 (duas) vezes e as demais participantes (14; 77%) realizaram apenas uma vez. De acordo com recomendações do Ministério da Saúde, a periodicidade com que devem ser feitos é: na primeira consulta, repetição com 4 ou 6 semanas de início da TARV e na 34ª semana, totalizando 3 resultados para acompanhamento durante a gravidez (BRASIL, 2010). Observa-se, portanto, que os exames foram ignorados pela maioria das mães. Isso pode ser atribuído desde à descoberta tardia da gravidez, início tardio do pré-natal, à não adesão ao pré-natal (mínimo 6 consultas), dificuldade (financeira ou localidade) de acesso ao local da coleta ou consulta, demora na saída dos resultados; até, no caso das mães que já tinham diagnóstico anterior, o sentimento de que seria desnecessário por não haver problema nas gestações anteriores (Figura 2).

Figura 2. Representação gráfica da frequência de realização dos exames.



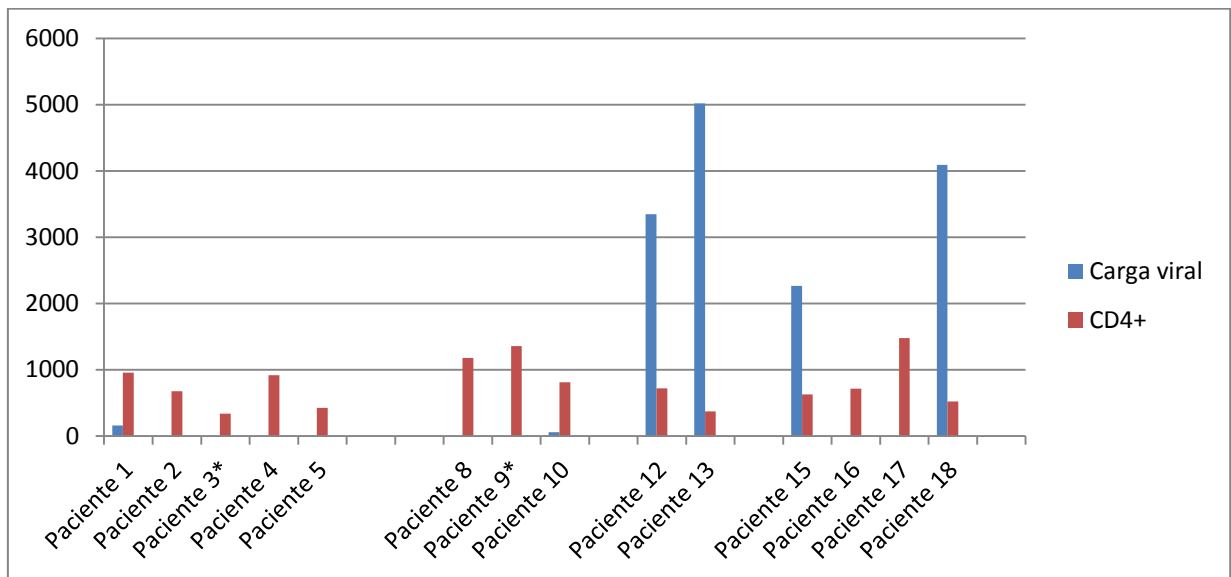
Assim como foi relatado em outras populações a exemplo das crianças (SILVA, 2012) e dos adolescentes (GOMES,2012), também assistidos pelo SAE-CG, o não cumprimento da regularidade na realização dos exames, no caso das gestantes há o risco de transmitir o vírus verticalmente e por isso o acompanhamento efetivo se torna ainda mais relevante

Observou-se, ainda com relação á regularidade dos exames, que metade das mães têm em seus registros exames a partir do 5º mês de gestação, indicando que houve demora na comunicação da gestação ao SAE e um início tardio no acompanhamento para implementar medidas profiláticas. Uma das pacientes por ter acesso ao diagnóstico apenas na hora do parto, também teve apenas um resultado dos exames.

Em estudo com gestantes HIV no serviço obstétrico de um hospital no Rio Grande do Sul, Cechim et al. (2007) atribuiu a não adesão ao pré-natal á quatro categorias: ausência de planejamento familiar (pela descoberta tardia da gravidez); á dificuldade em realizar o pré-natal de alto risco (pela deficiência financeira para transporte, demora na entrega dos resultados, falha na comunicação do profissional de saúde com a gestante e falta de interesse da gestante); negação da doença (dificuldade em comunicar o diagnóstico para a família, e na mudança de hábitos sexuais e comportamentais diários); e a quarta e ultima categoria é a falta de autocuidado (visto principalmente na não-adesão ao sexo seguro). Apesar de ser um estudo qualitativo, as colocações de Cechim et al (2007) podem se estender ao presente estudo no

SAE-CG por serem fatores interligados ao dia-a-dia de gestantes soropositivas, no que diz respeito à dificuldades e enfrentamentos do seu cotidiano .

Figura 3. Resultados de carga viral (cópias/mm³) e linfócitos CD4+ (células/mm³) das pacientes(P) que realizaram apenas uma vez durante a gestação. (*) Indica que a carga viral não foi solicitada na ocasião.



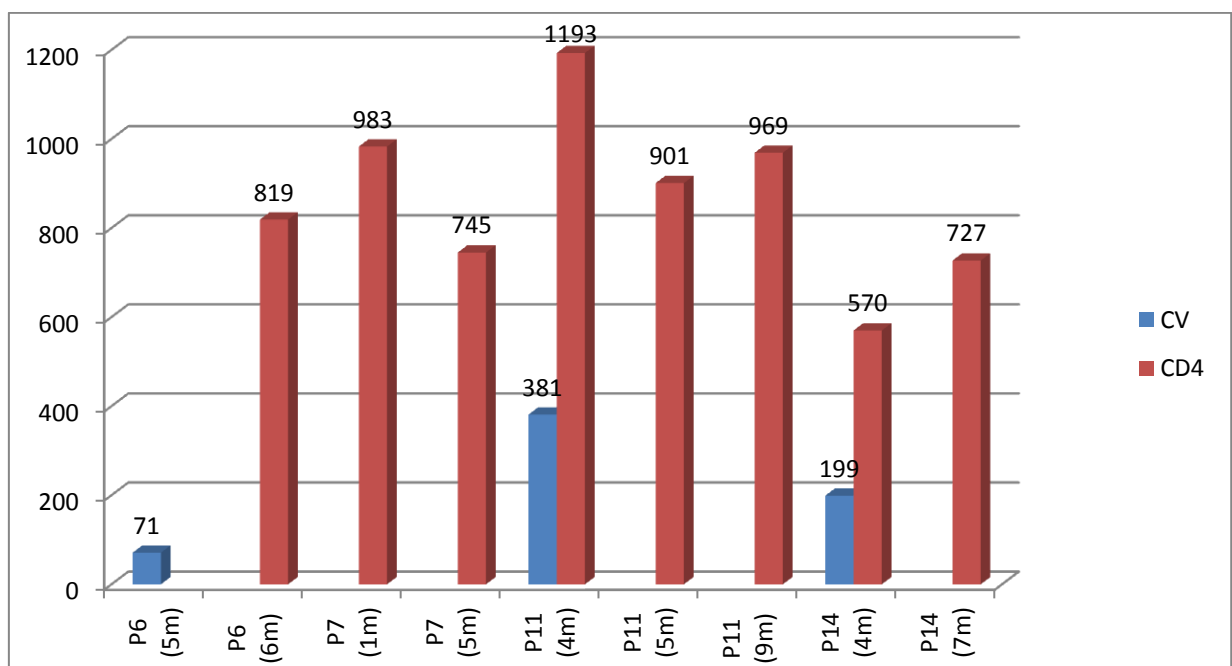
Na Figura 3 estão os resultados dos exames das pacientes que os realizaram apenas uma vez. Há pacientes (P3 e P9) que não expressam valor de carga viral porque este não foi solicitado no período e, portanto têm apenas valores de CD4. Supõe-se que isto ocorreu porque o médico solicitante necessitava tirar alguma dúvida quanto á instalação da imunossupressão, indicada pela baixa de células CD4 (<350/ mm³). Quanto às demais pacientes, não apresentaram níveis detectáveis do vírus no sangue (<L mín.).

As maiores cargas virais (3330 a 5020 cópias) detectadas foram de três pacientes (P12, P13 e P18) que descobriram a soropositividade apenas no pré-natal, e portanto não faziam uso de ARV's nem tinham cuidados para a evitar a recontaminação e aumento da carga viral.

Na figura abaixo, há a representação das quatro pacientes que fizeram exames mais de uma vez. P6 fez exames no 5° e 6° mês de gestação, porém no 5° fez apenas CV e no 6°

apenas CD4. Assim, não há como comparar os dois períodos; a P7, que fez exames com um mês de gestação e também no 5º mês, permaneceu com carga indetectável e o CD4 diminuiu (Figura 4). Sendo exemplo de uma terapia com bom resultado temos a P14, que em três meses (do 4º para o 7º mês) teve CV modificada para indetectável e o CD4 aumentou .

Figura 4. Resultados da carga viral (cópias/mm³) e linfócitos CD4 (células/mm³) das pacientes (P) que realizaram exames mais de uma vez durante a gestação, período representado em meses (m) .



A única que realizou os exames (CD4 e carga viral) três vezes foi a P11 . Em uso da combinação Biovir (zidovudina/lamivudina) + Kaletra (lopinavir/ritonavir), apesar da contagem de CD4+ ter reduzido (pode ser atribuído á leve redução fisiológica que ocorre na gravidez), a carga viral tornou-se indetectável. Provavelmente, se não estivesse em tratamento ARV a carga viral estaria bem aumentada e manifestar os sintomas da AIDS durante a gravidez significa, além do risco letal já existente para todos os indivíduos soropositivos, expor o concepto ainda mais ao vírus e a doenças oportunistas.

Não foi possível ser feita nenhuma observação junto ao acompanhamento dos exames das demais pacientes por ausência de dados, visto que há apenas um registro, o que impossibilita comparações.

A terapia antirretroviral mais prescrita á 16 (89%) gestantes foi o esquema de dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (INTR's) e dois inibidores de protease (IP's) sendo eles Biovir (zidovudina 300mg + lamivudina 150mg) e Kaletra (lopinavir 200mg + ritonavir 50mg), respectivamente. Assim, o protocolo ACTG 076 foi cumprido e os resultados na redução da TV só dependiam da adesão das pacientes ao tratamento. Através da TARV múltipla, a resistência viral tem como ser driblada em comparação ao uso isolado do AZT (zidovudina), e o risco de transmissão vertical foi reduzida á zero como demonstrado por Amaral et al (2007) em estudo que abordou intervenções para reduzir a transmissão fetal .

CONCLUSÃO

Diante da população gestante do SAE-CG no período em estudo, observou-se que a maioria (61%) antes de engravidar já sabiam ser HIV-positivas, porém a descoberta de 33% do grupo só foi possível através da realização do pré-natal e consentimento para o teste anti-HIV. Além do mais, as cargas virais mais altas foram identificadas justamente em nestas pacientes. Diante disto, vale ressaltar a importância do teste visando implementar medidas profiláticas à transmissão vertical o mais cedo possível.

Evidenciou-se que as gestantes soropositivas não realizaram os exames de acompanhamento como seria necessário (no mínimo três vezes) durante a gestação. E, que as que realizaram duas ou três vezes evoluíram para carga indetectável e apenas uma delas teve um bom resultado terapêutico com aumento de linfócitos CD4. A terapia antirretroviral mais prescrita foi zidovudina 300/lamivudina 150 associada a lopinavir 200/ ritonavir 50.

A ausência de dados como estado civil, nº de parceiros sexuais, escolaridade, entre outros, não permitiu que o perfil das gestantes fosse melhor traçado . E, a ausência de exames impossibilitou mais comparações para avaliar a resposta das terapias antirretrovirais prescritas. A atuação dos profissionais que fazem o acompanhamento de todos os portadores poderia se estender também ao momento dos registros de forma mais organizada e com dados completos (já que tudo é manuscrito e os resultados vão sendo anexados conforme são recebidos do laboratório).

A implementação da assistência farmacêutica no Serviço de Atendimento Especializado como forma de promover o desenvolvimento de uma boa prática de dispensação, aconselhamento individual, apoio no acompanhamento dos pacientes e na promoção da adesão resultaria em melhores evidências de que a gestante está integrada à equipe de saúde em virtude da profilaxia da TV e manutenção do seu próprio estado imunológico.

ABSTRACT

AIDS is an emergent disease that is caused as the human immunodeficiency virus (HIV). It preference affects immune cells that express CD4 molecules , using them to replicate . When heterosexual transmission became the main route , significantly increased the concern with vertical transmission (VT) . This occurs by passage of the virus from mother to baby . Through intervention such as the use of antiretroviral (ARV 's) can reduce the transmission rate by 25% at levels of 1 to 2 % . Aimed to evaluate viral load and CD4 + lymphocytes as well as indicate the time of diagnosis and antiretroviral therapy of HIV positive pregnant women assisted by a specialized service. Through data collection form was evaluated monitoring HIV -positive pregnant women attended by SAE - CG , with a focus on exams the viral load and lymphocytes CD4 count during pregnancy . The study group had a media of 29.7 years and the majority (61 %) had knowledge positive sorology before of prenatal care . The exams were not performed at the recommended rate, and only one patient performed three times during pregnancy . It was not possible to compare tests of most patients because to absence of data . The highest viral loads (3330-5020 copies) were detected in three patients found that soropositivity during the prenatal period. ARV therapy was prescribed more : zidovudina + lamivudina with concomitant lopinavir + ritonavir . The implementation of pharmaceutical care in Specialized Care Service is the way to promote the development of good practice dispensation , individual counseling , support in monitoring patients and promoting adherence .

Keywords: AIDS. Pregnant. Viral load. Lymphocytes CD4.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Eliana *et al.* Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. **Revista Panamericana Salud Publica**. 2007, ano 21, n. 6, p. 357–64.

ANDRADE, Beatriz A. M. ; **Anormalidades laboratoriais em gestantes infectadas pelo HIV e em uso de antirretrovirais**. Belo Horizonte, 2009. 87 p.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Recomendação para a redução da transmissão vertical**. Brasília , 1998.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e AIDS. **Vigilância do HIV no Brasil - Novas Diretrizes** . Brasília, 2002, 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil**. Brasília, 2007a, 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6 ed. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**. Brasília, 2008, 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e tratamento antirretroviral em gestantes** – manual de bolso. Brasília, 2010 , 173 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**. Brasília, 2012, 63 p.

CECHIM, Petrolina L. ; PERDOMINI, Fernanda R. I. ; QUARESMA, Lisiane M. ; Gestantes HIV positivas e sua não adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista Brasileira de enfermagem** . Brasília, 2007, ano 60, n. 5 , p. 519-23, set-out. 2007.

COSTA, Marcela A. P. ; DANTAS, Natália P. M. ; REIS, Renata K. ; Caracterização das gestantes vivendo com o HIV/AIDS no estado de Alagoas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL , 7. , 2010 , Minas Gerais. **Anais ...** Minas Gerais, p. 3061-84, junho 2010.

GIAVECCHIO, Rosângela P. ; GOLDBERG, Tamara B. L. ; Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005, ano 21, n. 2 , p. 581-88, mar – abr . 2005.

GOMES, David da S. ; **Monitoramento da utilização de antirretrovirais em adolescentes HIV/AIDS**. Campina Grande, 2012. 21p.

JANEWAY , Charles A . Jr. [tradução Ana Cristina Arámburu da Silva]; **Imunobiologia** : o sistema imune na saúde e na doença. 6 ed., Porto Alegre : Artmed, 2007. 848p.

SANT'ANNA, Ana C. C. ; SEILD, Eliane M. F. ; Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. **Psicologia: reflexão e crítica**. 2009, ano 22, n. 2, p. 244-51.

SILVA, Emanuella F. da; **Análise de carga viral e de linfócitos T CD4 + e CD8+ de crianças soropositivas assistidas pelo serviço de atendimento especializado de Campina Grande-Paraíba**. Campina Grande, 2012. 26 p.

VAZ, Maria José R. ; BARROS, Sonia M. O. de ; Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem . **Revista latino-americana de enfermagem** . Ribeirão Preto, 2000, v. 8 , n. 2, p.41-46, abr. 2000.