

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

**Aluna: Karina Lisboa
Aluna: Lucélia Gomes Cabral
Orientadora: Mariângela Libório**

**Intervenções de impacto na prevenção da transmissão vertical do HIV nos
últimos 20 anos**

**Santos-SP
2022**

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

**Aluna: Karina Lisboa
Aluna: Lucélia Gomes Cabral
Orientadora: Mariângela Libório**

**Intervenções de impacto na prevenção da transmissão vertical do HIV nos
últimos 20 anos**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para a
obtenção do título de Graduação no
Curso de Enfermagem da Universidade
Metropolitana de Santos – UNIMES

Orientador: Mariângela Caldeira de
Almeida Libório

SANTOS

2022

Aluna: Karina Lisboa
Aluna: Lucélia Gomes Cabral

Intervenções de impacto na prevenção da transmissão vertical do HIV nos últimos 20 anos

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para a
obtenção do título de Graduação no
Curso de Enfermagem da Universidade
Metropolitana de Santos – UNIMES

Orientador: Mariângela Caldeira de
Almeida Libório

Data de Aprovação:

Banca Examinadora:

Nome	Titulação
------	-----------

Nome	Titulação
------	-----------

Nome	Titulação
------	-----------

SANTOS

2022

RESUMO

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana- HIV. O vírus pode ser transmitido por meio de relações sexuais desprotegidas com pessoa infectada, pelo compartilhamento de objetos perfuro cortantes contaminados, na transmissão vertical, entre outras formas. Sabe-se que a relação entre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno do HIV durante a gravidez, além das outras medidas no parto e em relação ao recém nascido, leva à prevenção da transmissão vertical. Desta forma este estudo objetiva verificar quais foram as intervenções de mais impacto ao longo de 20 anos na transmissão vertical do HIV. O método utilizado foi por meio teórico, através da revisão de literatura, disposta em artigos, manuais, relatórios, que abordaram o tema em questão. Conclui-se que, é primordial a realização do pré-natal desde o início da gestação; testagem de diagnóstico precoce na primeira consulta do pré-natal e no momento do parto, independentemente de exames anteriores, e, no caso de positivo, a realização do tratamento e acompanhamento correto. Verifica-se uso insuficiente de ARV, dificuldades de acesso ao pacote de intervenções, sorologia desconhecida do(a) parceiro(a). Também foram encontrados problemas relacionados com a condição econômica da população relativa com o acesso das intervenções pré natal. Falhas relacionadas com o manejo assistencial indicam problemas no seguimento das diretrizes e recomendações da profilaxia. Destaca-se a prioridade da abordagem centrada na pessoa, levando em conta as perspectivas dessas mulheres em seu cuidado em saúde, considerando-as como participantes ativas, ofertando informações e opções para que elas possam tomar decisões fundamentadas e com autonomia. Deve-se pensar na linha de cuidado não somente na gestação, mas na oferta de oportunidades ímpares de intervenção em todo seu ciclo de vida.

Palavras-chave: HIV; Intervenção; Transmissão vertical.

ABSTRACT

AIDS is a disease that manifests itself after the infection of the human organism by the Human Immunodeficiency Virus - HIV. The virus can be transmitted through unprotected sex with an infected person, sharing contaminated sharp objects, vertical transmission, among other ways. It is known that the relationship between early diagnosis and adequate and timely treatment of HIV during pregnancy, in addition to other measures in childbirth and in relation to the newborn, leads to the prevention of vertical transmission. Thus, this study aims to verify which interventions had the most impact over 20 years in the vertical transmission of HIV. The method used was theoretical, through literature review, arranged in articles, manuals, reports, which addressed the topic in question. It is concluded that it is essential to carry out prenatal care from the beginning of pregnancy; early diagnostic testing at the first prenatal visit and at the time of delivery, regardless of previous exams, and, in the case of a positive result, carrying out the correct treatment and follow-up. There is insufficient use of ARVs, difficulties in accessing the intervention package, unknown serology of the partner. Problems related to the economic condition of the population regarding access to prenatal interventions were also found. Failures related to care management indicate problems in following prophylaxis guidelines and recommendations. The priority of the person-centered approach is highlighted, taking into account the perspectives of these women in their health care, considering them as active participants, offering information and options so that they can make informed and autonomous decisions. Care should be taken not only during pregnancy, but also in offering unique opportunities for intervention throughout its life cycle.

Keywords: HIV; Intervention; Vertical transmission.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Oferta de testagem combinada de HIV, sífilis e hepatites B e C à gestante.....	12
Figura 2. Mandala da Prevenção Combinada do HIV.....	13

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 O Tema.....	7
1.2 Justificativa.....	7
1.3 Problema	7
2. OBJETIVOS	08
2.1 Objetivo Geral	08
2.2 Objetivo específico.....	08
3. MÉTODOS.....	09
3.1 Tipo de estudo	09
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	11
5.1 Intervenções Recomendadas.....	11
5.2 Intervenções Relizadas.....	18
5.3 Dificuldades e problemáticas encontradas para taxa de transmissão vertical.....	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
7. REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (Human Immunodeficiency Vírus). A sigla AIDS também deriva do inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome. A síndrome é um grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença; imunodeficiência é a inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microorganismos invasores, tais como vírus, bactérias, protozoários, etc; e adquirida, vem do fato de não ser congênita, como no caso de outras imunodeficiências. No Brasil, de 1980 até junho de 2021, foram registrados 688.348 (65,8%) casos de aids em homens e 356.885 (34,2%) em mulheres. Desde o início da epidemia até o ano de 2020, foram notificados no Brasil 360.323 óbitos tendo o HIV/aids como causa básica.^{1,2}

A síndrome foi reconhecida em 1981, nos EUA, quando foram identificados em um número elevado de pacientes adultos, os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocytis carinii* e de Sarcoma de Kaposi . Inicialmente os grupos sociais mais atingidos nos EUA e na maioria dos outros contingentes foram os homossexuais masculinos, porém, em pouco tempo, surgiram os casos registrados de usuários de drogas injetáveis, receptores de sangue heterossexuais de ambos os sexos e crianças de várias idades, compondo assim um cenário epidemiológico bastante complexo (BRASIL, 2016). Em 1983 foi identificado o agente etiológico, denominado HIV, que é um vírus que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, o que permite a transcrição do RNA viral em DNA, permitindo assim um maior conhecimento sobre sua patogenicidade¹.

O vírus é transmitido por meio de relações sexuais (vaginal, anal ou oral) desprotegidas (sem camisinha) com pessoa soropositiva, ou seja, que já tem o vírus HIV, pelo compartilhamento de objetos perfuro cortantes contaminados, como agulhas, alicates, etc., de mãe soropositiva, sem tratamento, para o filho durante a gestação, parto ou amamentação¹.

1.1 O Tema

Intervenções de impacto na prevenção da transmissão vertical do HIV nos últimos 20 anos.

1.2 Justificativa

No caso da transmissão vertical, de mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação, pode afetar a criança e causar complicações, como: abortamento ou natimortalidade, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido, sendo necessária medidas para prevenção e eliminação da transmissão vertical como a realização do pré-natal desde o início da gestação; testagem de diagnóstico precoce na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores, e, no caso de positivo, a realização do tratamento e acompanhamento correto^{3,4}.

1.3 Problema

Como visto anteriormente, sabe-se que a relação entre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno do HIV durante a gravidez, além das outras medidas no parto e em relação ao recém nascido, leva à prevenção da transmissão vertical, porém, estudos indicam que, mesmo com a redução de casos de transmissão vertical nos últimos 10 anos, mediante o incremento do diagnóstico no pré-natal e as medidas que envolvem o cuidado com o parto e com o Rn e conseqüente melhoria da prevenção, as taxas de casos chegam a 2%. Assim, surge a indagação: Quais foram as intervenções de mais impacto ao longo de 20 anos na transmissão vertical do HIV?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar quais foram as intervenções de mais impacto ao longo de 20 anos na transmissão vertical do HIV.

2.2 Objetivo específico

Identificar quais as intervenções realizadas de transmissão vertical;

Descrever quais as intervenções recomendadas para a transmissão vertical;

Verificar quais as problemáticas e dificuldades encontradas para a existência, ainda que baixa, da transmissão vertical.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

O método utilizado foi por meio teórico, através da revisão de literatura, disposta em artigos, manuais, relatórios, que abordaram o tema em questão. Para tanto, foi realizado uma busca em bases de dados BVS, Scielo e Sites especializados. Como método de busca, foram utilizados os descritores: “infecções”, “HIV”, “gestantes”, “prevenção”. Foram incluídos todos os documentos no período de 20 anos, excluindo os de revisão, correspondidos entre 2002 à 2022, em português. Posterior a leitura preliminar dos documentos, foram admitidos os que traziam as informações que respondiam satisfatoriamente aos objetivos da pesquisa, categorizando os achados da seguinte forma:

Documentos que identificaram as intervenções realizadas de transmissão vertical;

Documentos que descreveram quais as intervenções recomendadas de transmissão vertical;

Documentos que verificaram quais as problemáticas e dificuldades encontradas para a existência, ainda que baixa, da transmissão vertical.

4. RESULTADOS

Fonte	Documento	Objetivo
Ministério da Saúde, 2020	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021	Contribuir para melhorar a qualidade da atenção à saúde no enfrentamento da transmissão vertical, além de reforçar ações da Rede Cegonha no âmbito da prevenção, assistência, vigilância e tratamento no pré-natal, parto e puerpério
Ministério da Saúde, 2021	Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites b e c nas instituições que realizam parto	Apoiar profissionais de saúde dos serviços que realizam parto na prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C
Feitosa, Koifman, Saraceni, 2021	Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil	Verificar a transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil, e avaliar a possibilidade de eliminação
Holzmann et al. 2019	Prevenção da transmissão vertical do vírus HIV: avaliação da assistência hospitalar	Avaliar a implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV
Fernandes et al. 2010	Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV	Determinar os obstáculos à redução da transmissão materno-infantil do HIV em Campos dos Goytacazes (RJ).
Vasconcelos et al., 2021	Medidas de prevenção para transmissão vertical do HIV: acompanhamento de gestantes infectadas e crianças expostas	Apresentar uma análise do acompanhamento de crianças expostas e gestantes vivendo com HIV atendidas em um serviço público de referência de uma capital brasileira
Leal, Roese e Sousa, 2012	Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de soro positivo	Analisar as medidas de prevenção da transmissão vertical das mães de meninos HIV positivas que foram seguidas pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Pelotas, Rio Grande do Sul.

Oliveira, 2004	As práticas de saúde para redução da Transmissão Vertical do HIV em Unidades de Atenção Básica: realidades e determinantes	Identificar os componentes da dimensão programática da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, na perspectiva da Transmissão Vertical em UBS, com a finalidade de fornecer subsídios para controle da aids no segmento materno-infantil.
Vieira, 2011	Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES	Descrever a prevalência de infecção por HIV em gestantes e a taxa de transmissão vertical, segundo o perfil socioeconômico dos bairros de residência das mães
Lima et al., 2014	Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV	Avaliar as ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV.
Camacho e Araújo, 2011	Acesso às intervenções para prevenção da transmissão Vertical do HIV e fatores associados ao uso insuficiente de antirretrovirais numa coorte de gestantes com HIV/AIDS na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro	Descrever o acesso às intervenções recomendadas para a profilaxia da transmissão vertical do HIV-1 e as taxas de transmissão vertical do HIV em gestantes infectadas pelo HIV assistidas no HGNI
Amaral, et al., 2007	Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida.	Descrever o impacto público da implementação oportuna recomendada por consensos novos clínicos nacionais dirigidos à prevenção da transmissão vertical de HIV na maternidade de um hospital universitário no Brasil.

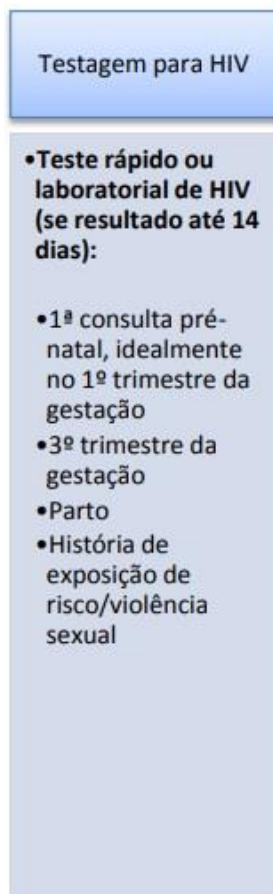
5. Discussão

5.1 Intervenções Recomendadas

Como prevenção da transmissão vertical, os testes de HIV devem ser realizados já na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto,

independentemente de exames anteriores, segundo exemplifica na figura abaixo^{3,4}.

Figura 1- Oferta de testagem combinada de HIV, sífilis e hepatites B e C à gestante



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2020)

Nas consultas das mulheres, o tema da saúde sexual e reprodutiva, bem como abordagem à Prevenção Combinada e opções quanto ao sexo seguro, concepção e contracepção devem ser abordados³. Durante o pré-natal, ainda na primeira consulta, a equipe de saúde deve conversar com a gestante e suas parcerias sexuais (inclusive na estratégia do pré-natal do parceiro) sobre a importância da testagem para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e os benefícios do diagnóstico precoce de uma IST, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical⁴.

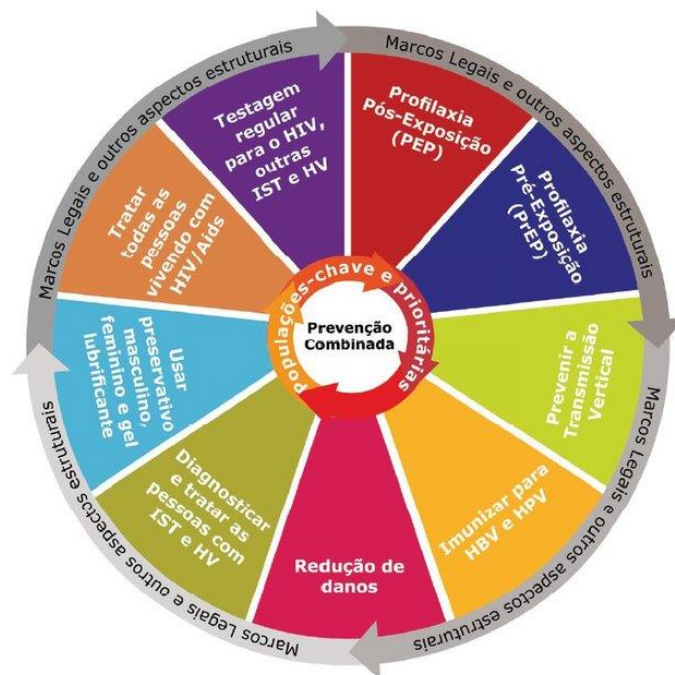
Recomenda-se a estratégia da prevenção combinada para oferta de serviços à mulher sexualmente ativa. Trata-se de diferentes intervenções

conciliadas em uma estratégia conjunta, por meio da combinação das três formas de intervenções possíveis na formulação de estratégias de prevenção: biomédicas, comportamentais e estruturais (marcos legais), oferecendo o mais alto grau de possibilidades para reduzir os riscos de transmissão e de prevenção ao HIV e às outras infecções sexualmente transmissíveis⁴. Essa conjunção de ações deve ser centrada nas pessoas, em seus grupos sociais e na sociedade em que se inserem³.

Dentre as principais intervenções da Prevenção Combinada do HIV, estão as abordagens para motivar o uso de preservativos masculinos e femininos e de gel lubrificante, a oferta de tratamento antirretroviral para todas as pessoas vivendo com HIV, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), o incentivo à testagem e outras intervenções biomédicas; assim como processos de apoio comportamental para a vinculação e retenção nos serviços de saúde, de redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas, estratégias de comunicação e educação entre pares e outras intervenções legais, sociais, econômicas e culturais, na dimensão estrutural^{3,4}.

A mandala abaixo foi criada a fim de representar as diferentes intervenções e medidas de prevenção disponíveis no SUS, sendo uma delas a prevenção da transmissão vertical.

Figura 2. Mandala da Prevenção Combinada do HIV



Fonte: Brasil (2020)

Sobre as ações combinadas, podem-se citar algumas mais especificamente:

Oferta de preservativo feminino e masculino. Profissionais de saúde devem encorajar o uso de preservativo em todas as consultas. Importante que seja ofertado o preservativo feminino (ou vaginal), uma vez que é o um método de barreira que pode ser escolhido pela própria mulher, associado à sua autoestima e empoderamento, tanto na promoção de sua saúde sexual quanto no planejamento reprodutivo^{3,4}.

Imunização. A imunização para hepatite B deve ser reforçada como principal medida na prevenção da infecção pelo vírus do HBV e, conseqüentemente, da TV-HBV. Reforçar a importância de atualização do esquema vacinal desde o início das consultas ginecológicas como parte de tecnologias ofertadas do contexto da saúde sexual e reprodutiva. Para mulheres vivendo com HIV/aids suscetíveis à hepatite A, recomenda-se imunização para esse agravo. Em relação ao HPV, a vacina foi incorporada ao calendário nacional de vacinação em 2013 para meninas na mesma faixa etária, de 9 a 13 anos. Em

relação às PVHIV, há recomendação de vacinação para o HPV na rotina de adolescentes e pessoas vivendo com HIV de 9 a 26 anos^{3,4}.

Conhecer o status sorológico do(a) parceiro(a). Os profissionais devem entender o contexto em que vive sua usuária e estimulá-la a conversar com o parceiro (a) sobre práticas sexuais e sobre a necessidade do conhecimento do status sorológico para o HIV. É importante orientá-la sobre quais os métodos preventivos estão disponíveis e quais os mais indicados para a situação de parceria sorodiferente^{3,4}.

Testar regularmente para HIV e IST. É necessário que sejam desmistificados mitos e crenças em relação à testagem para HIV, IST e HV. Devem ser trabalhadas as questões relacionadas aos valores culturais, ao medo de receber os resultados, à possível baixa percepção de risco, ao estigma e à discriminação, para que haja melhor adesão à testagem e ao seguimento pós-testagem, seja resultado reagente ou não. A testagem é um instrumento fundamental na estratégia de prevenção combinada e a recomendação é que ela deve ser ofertada a todas as mulheres com vida sexual ativa, sendo de extrema importância para o início de uma trajetória de cuidados integrais, promoção de saúde e de autocuidado^{3,4}.

Tratamento. Desde 2013, o Brasil recomendou o início oportuno de TARV para todas as PVHIV com diagnóstico estratégia incorporada no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, aproximou ainda mais prevenção e assistência, conforme as diretrizes globais da Prevenção Combinada. Pessoas vivendo com HIV com carga viral indetectável sustentada há pelo menos 6 meses e em uso de TARV não transmitem o HIV por meio de relações sexuais, ou seja, indetectável = intransmissível (I=I). Para o sucesso das políticas atuais de tratamento e acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV durante o pré-natal e após o parto, a equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos individuais e dinâmicos que podem afetar a adesão. É imprescindível que essas mulheres recebam informações sobre os benefícios da TARV e que lhes seja garantido espaço para a discussão de eventuais temores sobre possíveis impactos negativos das medicações nos fetos e RN^{3,4}.

Realizar exame preventivo de câncer. O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, com intervalos de três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade^{3,4}.

Realizar profilaxia de exposição (PrEP), quando indicado. A PrEP oferece à mulher uma opção eficaz e controlada por ela mesma para prevenção do HIV. A avaliação de saúde sexual dessa mulher busca observar se ela faz parte de uma população-chave e, além disso, a caracterização das práticas sexuais, das parcerias sexuais e dos contextos específicos associados a um maior risco de infecção pelo HIV. Alguns grupos específicos, denominados populações-chave, estão sob maior risco de infecção pelo HIV e têm prioridade nessa estratégia, destacando-se pessoas trans, profissionais do sexo, parcerias sorodiferentes para o HIV e homossexuais^{3,4}.

Realizar profilaxia pós-exposição (PEP), quando indicado. A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é uma das estratégias de prevenção do HIV. Uma vez identificada situação de potencial exposição ao HIV, dentro das últimas 72 horas, deve-se recomendar o início imediato da PEP^{3,4}.

Quanto ao planejamento produtivo, no que diz respeito às orientações, os profissionais de saúde devem dar suporte à tomada de decisões conscientes e voluntárias sobre as escolhas reprodutivas. Recomenda-se um enfoque às questões relacionadas ao estigma e discriminação que PVHIV e suas parcerias podem sofrer durante o período de concepção, gestação e no pós-parto, no que se remete ao risco de transmissão sexual e vertical do HIV, aos cuidados no puerpério, em especial da alimentação do recém-nascido e da inibição da lactação. As atividades dos profissionais de saúde na assistência ao planejamento reprodutivo devem ser, preferencialmente, multidisciplinares e integradas, envolvendo atividades educativas, orientações, oferta de insumos e tecnologias de concepção e contracepção, além da articulação com outros serviços da rede de saúde. A equipe deve estar atenta ao despertar da sexualidade no trabalho com crianças e adolescentes que vivem com HIV, orientando-os sobre uma vida sexual saudável^{3,4}.

No caso de gestantes com imunossupressão mais grave, com sinais e sintomas de AIDS e/ou presença de infecções oportunistas (IO), a abordagem deve ser direcionada para o manejo dessas condições, mediante o auxílio do infectologista ou clínico com experiência no tratamento das pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Importante que os serviços saibam seus fluxos locais de referência dessas gestantes, que devem ter seu agendamento e atendimento priorizados^{3,4}.

Quando adolescente, é importante que ocorra um espaço de troca sobre saúde sexual e planejamento reprodutivo deve ser iniciado tão logo seja detectada a maturidade sexual, ou quando surjam perguntas sobre o assunto, devendo ser realizado de forma gradual, ao longo dos diversos encontros no cuidado integral ao adolescente vivendo com HIV. De acordo com cada fase da vida e com a identificação dos riscos e práticas sexuais, podem ser oferecidas diferentes tecnologias associadas à prevenção combinada das IST/HIV/hepatites virais^{3,4}.

Os serviços de saúde que se propõem a atender mulheres de forma integral precisam ter uma abordagem centrada na pessoa, levando em conta as perspectivas dessas mulheres em seu cuidado em saúde, considerando-as como participantes ativas, ofertando informações e opções para que elas possam tomar decisões fundamentadas e com autonomia. A abordagem centrada na mulher se apoia em dois princípios orientadores: a promoção dos direitos humanos e a equidade de gênero. No contexto da prevenção da TV do HIV, IST e hepatites virais, o olhar deve ser também amplo e integral sobre a mulher. Deve-se pensar na linha de cuidado não somente na gestação, mas na oferta de oportunidades ímpares de intervenção em todo seu ciclo de vida³.

A realização de genotipagem para gestantes deve ser considerada uma prioridade na rede de assistência, uma vez que a escolha de um esquema antirretroviral eficaz tem impacto direto na TV do HIV. Contudo, ressalta-se que o início do tratamento não deve ser retardado pela espera do resultado desse exame. O uso de raltegravir (RAL) no esquema de ARV pode ser considerado em gestantes que iniciam o pré-natal ou o uso da TARV tardiamente (final do segundo trimestre), e que tenham contra-indicação ao DTG^{3,4}.

De acordo com Brasil ^{3,4} no momento da admissão na maternidade, algumas etapas são primordiais, além do teste, sinais, sintomas, investigação de IST. É necessário a realização de coleta de CV-HIV, LT-CD4+ e genotipagem do HIV; a escolha da via de parto cesariana preferencialmente, e, a notificação como gestante com HIV e adulto com HIV. O parto via cesariana segue de acordo com as programação de cesárea na 38^a semana para pacientes com diagnóstico de HIV sem tratamento antirretroviral e/ou carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias virais, a fim de evitar transmissão vertical, prematuridade iatrogênica, ruptura prematura de membranas e o trabalho de parto. O pré-natal é realizado normalmente com a presença do obstetra juntamente com o infectologista. No momento do parto, é necessária a administração de Administre zidovudina (AZT) injetável, pelo menos 3 horas antes do parto até o clampeamento do cordão umbilical. No pós parto deve ser seguidas as seguintes premissas: Realizar cuidados com o RN; Realizar inibição da lactação com cabergolina 1mg, VO, dose única; Manter a puérpera e a criança no alojamento conjunto em período integral, com o intuito de fortalecer o vínculo mãe-filho; Iniciar a terapia antirretroviral (TARV) e reforçar a importância da adesão ao tratamento para a saúde materna; Reforçar a contraindicação da amamentação e do aleitamento cruzado; Acolher dúvidas sobre HIV.

Por fim, em casos de gestantes que chegam à maternidade em trabalho de parto sem o tratamento durante a gravidez, a escolha do tipo de parto deve levar em consideração a fase e o tempo previsto para os procedimentos de cada um, assim como a probabilidade de complicações.

5.2 Intervenções Realizadas

Em estudo de Amaral et al. (2007)⁵ foram estudados 197 partos na maternidade pública no período 1990-2000. Ao longo das quatro etapas, a taxa de transmissão vertical diminuiu: foi de 32,3% na primeira etapa, 25,7% na segunda, 2,2% na terceira e 2,9% na quarta, mediante a introdução do regime completo de ACTG 076. O uso de agentes antirretrovirais combinados aumentou de 0% no primeiro estágio para 46,4% no quarto estágio. De acordo com o

estudo, não houve casos de transmissão vertical em gestantes tratadas com múltiplos medicamentos. O risco de transmissão vertical do HIV foi 5 vezes maior com aleitamento materno versus sem amamentação.

Em estudo de Araújo (2007)⁶ a identificação da infecção durante a gestação viabiliza não apenas a administração de intervenções eficazes na redução da TV do HIV, mas também permite que a mulher receba a assistência para a sua saúde, contribuindo também para a redução da transmissão sexual do HIV.

O estudo de Lima et al. (2014)⁷ identificou ascensão nos casos notificados de gestantes soropositivas no período do estudo, apontando que 41,72% usaram a terapia antirretroviral no pré-natal; a cobertura pré-natal foi de 84,53%; houve 63,12% de prevalência de partos cesáreos; 67,01% das parturientes usaram antirretrovirais durante o parto e 71,48% das crianças iniciaram a terapia nas primeiras 24 horas de vida. De acordo com o estudo, as ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV, colaboram com a baixa taxa de transmissão.

Em estudo de Feitosa, Koifman, Saraceni, (2021)⁸ das gestantes que fizeram pré-natal e já tinham o diagnóstico prévio do HIV, 85,7% fizeram uso da TARV durante o pré-natal e o parto, 53,6% tiveram como via de parto a cesárea eletiva, e 85,7% dos recém-nascidos receberam TARV nas primeiras 24 horas de vida. Das gestantes que tiveram o diagnóstico do HIV no pré-natal, 63,3% fizeram uso da TARV durante o pré-natal, 56,7% fizeram uso de TARV no parto, 50% tiveram como via de parto a cesárea eletiva, e 56,7% dos recém-nascidos receberam TARV nas primeiras 24 horas de vida. No caso das gestantes com diagnóstico somente na hora do parto, verificou-se que 92,9% fizeram uso de TARV no parto, 28,6% tiveram como via de parto a cesárea eletiva, e 100% dos recém-nascidos receberam TARV nas primeiras 24 horas de vida. Em Rio Branco, local objeto do estudo, a prevalência média observada e estimada de HIV em gestantes, entre 2007-2015, foi de 0,14% e 0,18% respectivamente, tais prevalências foram inferiores à identificada no Brasil para o ano de 2017 (0,28%). Entretanto, assim como no país, Rio Branco apresentou tendência de aumento, saindo de 0,07% em 2007 para 0,46% em 2015. Esse aumento poderia ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal com a

introdução dos testes rápidos de rotina. Entre os anos de 2008 a 2015, Rio Branco apresentou um aumento de 2.293,1% na realização de testes rápidos em gestantes.

5.3 Dificuldades e problemáticas encontradas para redução da taxa de transmissão vertical

De acordo com estudo de Camacho e Araújo, (2011)⁹ o acesso ao pacote completo de intervenções para profilaxia da transmissão vertical do HIV foi baixo, não se observando tendência de melhora ao longo dos anos(2004-2009). As taxas de transmissão vertical são maiores nos serviços de referência do município do Rio de Janeiro ao comparadas as das regiões mais ricas do país. O uso insuficiente de ARV na gestação está associado à dificuldade de acesso aos serviços especializados, em parte pelo diagnóstico tardio, e ao perfil de vulnerabilidade de parte da população, que demanda intervenções adicionais para promover melhor adesão ao acompanhamento necessário para a redução da transmissão vertical. O relato de parceiro com sorologia desconhecida para o HIV e o diagnóstico tardio do HIV na gestação permaneceram significativamente associados ao uso insuficiente de ARV durante a gestação.

Quanto a problemática socioeconômica, Vieira (2011)¹⁰ também identificou a prevalência de infecção pelo HIV em gestantes e transmissão vertical em bairros mais pobres, indicando que estes bairros devem ser priorizados quanto à transmissão da qualidade vertical. Para o total de 101 mulheres com dados sobre raça/cor, 39 (33,7%) eram pardas, 34 (38,6%) negras e 28 (27,7%) brancas. O estudo foi realizado entre os anos de 2000 e 2006, mediante fichas de notificação de gestantes HIV-positivas, obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com o estudo, a qualidade do pré-natal nas maternidades públicas do município foi insatisfatória, com dificuldade de redução da proporção de cesarianas, mesmo em maternidades que atendem principalmente gestantes de baixo risco, baixa taxa de captação na população

de baixa renda e menos de seis consultas pré-natais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O estudo de Holzmann et al. (2019)¹¹ apontaram inadequações no manejo assistencial da população estudada, indicando falhas no seguimento das diretrizes e recomendações da profilaxia da TV do HIV vigentes no país, envolvendo desde a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao RN.

No estudo foi identificado que a admissão da mulher em trabalho de parto avançado foi descrita como um dos principais entraves atrelados à falha na administração do AZT no período pré e intra parto, que poderia ser amenizado com a orientação às gestantes, durante o pré-natal, sobre a necessidade de buscar atendimento imediato frente aos sinais do trabalho de parto ou à perda de líquido amniótico, evitando, assim, a falta de tempo hábil para intervenção¹¹.

De acordo com os autores, considerando as limitações do pré-natal, o momento do parto, vislumbra-se como uma segunda oportunidade de diagnóstico e intervenção para redução da TV do HIV, principalmente em países como o Brasil, onde a maioria dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar¹¹.

O estudo¹¹ relata ainda que o exame também foi realizado, “desnecessariamente”, em 10 mulheres que já tinham diagnóstico anterior da infecção (21,7%), provavelmente pela falta de sua comprovação no momento da admissão. Ainda, o aconselhamento pré e pós-teste, e o exame deve ser realizado sempre mediante consentimento e registro no prontuário, o que foi observado somente em três casos (18,8%) nas maternidades pesquisadas. Em 37,5% dos prontuários não foram encontradas referências a realização de exames da carga viral (CV) materna, cujo valor é utilizado como referência para definição de condutas, como também a prescrição do esquema de ARV para a gestante/parturiente e RN e também para a definição da via de parto.

O estudo relata também que em um dos casos o AZT não foi liberado pela farmácia a tempo de ser administrado. Outra falha observada diz respeito ao tempo de infusão do AZT, cuja recomendação é de um mínimo de três horas de duração, período necessário para se atingir a concentração intracelular adequada do medicamento, que deve ser mantido até a ligadura do cordão umbilical. Dentre as sete parturientes (18,5%) que receberam o AZT por menos

de três horas, somente uma delas internou em trabalho de parto avançado (9 cm de dilatação do colo). Além disso, todas tinham diagnóstico de HIV anterior à internação, sendo cinco delas submetidas à cesariana por esse motivo, o que, teoricamente, torna inadmissível o não seguimento de todas as recomendações¹¹.

Ainda relata outras falhas verificadas na administração da medicação ARV nos neonatos, inclusive, algumas consideradas inadmissíveis, como a administração tardia do AZT via oral em seis crianças (11,1%), cujas mães já eram sabidamente soropositivas¹¹.

Segundo os autores, chama a atenção o fato da maior concentração de manejo inadequado ter ocorrido entre as mulheres com diagnóstico do HIV anterior à gestação. Esperava-se que este grupo fosse o que melhor se beneficiaria, já que a eficácia das medidas de profilaxia se fundamenta no conhecimento precoce da infecção. Embora a maior frequência de manejo inadequado tenha ocorrido independente da característica da bolsa amniótica e tipo de parto, verificou-se que mulheres com bolsa íntegra e submetidas à cesárea perderam menos chances de prevenção, certamente pela maior ocorrência de cirurgias programadas nestes casos¹¹.

Em estudo de Vasconcelos et al. (2021)¹² as medidas de prevenção a TV-HIV instituídas no protocolo do Ministério da Saúde foram seguidas na maioria dos casos atendidos pelo SPA-HIV, no entanto, fragilidades importantes foram encontradas na atenção ofertada a criança e a gestante e que poderiam contribuir para novos casos de transmissão vertical do HIV, isto é, possível fragilidade na oferta e realização da sorologia anti-HIV no primeiro trimestre da gestação e a falta de adesão ou início tardio do pré-natal na Atenção Primária; considerável diferença temporal entre o conhecimento da sorologia e a admissão no serviço de atenção secundária; admissão tardia das crianças de outros municípios no SPA-HIV em relação aquelas que residiam na capital; escassez de registros sobre a realização de sorologia para HIV, sobre a sororreversão, aleitamento materno e sobre a saída do SPA-HIV nos prontuários, tanto das crianças residentes na capital, quanto do interior.

Em estudo de Leal, Roese e Sousa, (2012)¹³ observou-se que o principal fator que põe obstáculos a realização de medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV foi a missão do pessoal de saúde de solicitar a prova do HIV. Um dos fatores principais que dificultaram a identificação do HIV durante o pré-natal foi o não oferecimento do teste para HIV e a falta de informação sobre o teste por parte dos profissionais no pré natal. Os autores ressaltam ainda o desconhecimento da doença por parte das gestantes. Acreditam ainda que o sistema de saúde vem se desenvolvendo nos últimos anos, especialmente quanto à prevenção da AIDS.

Para Feitosa, Koifman, Saraceni⁸ embora as estratégias de eliminação da transmissão vertical do HIV estejam bem estabelecidas, ainda ocorrem falhas importantes na cascata de cuidados das gestantes infectadas. No estudo dos autores, 23,8% das mulheres tiveram o diagnóstico do HIV somente no momento do parto. Para os autores, a não detecção do HIV no pré-natal é uma oportunidade perdida de intervenção na grávida portadora do vírus, aumentando as possibilidades da ocorrência de transmissão vertical. Dentre as gestantes que realizaram pré-natal, foi identificado que o uso de TARV na gestação foi inferior a 90%, mesmo entre as gestantes que já tinham conhecimento de serem portadoras do HIV antes da gestação. A proporção do uso de TARV no parto e pelo recém-nascido nas primeiras 24 horas também ficou abaixo do ideal em todos os cenários, com exceção do uso de TARV no parto e pelo recém-nascido nas primeiras 24 horas, quando o diagnóstico materno ocorreu no momento do parto. O estudo relata também que a maior parte das fichas de notificação foi preenchida nas maternidades (75%), ocorrendo um viés de preenchimento das informações de condutas de protocolo para o momento do parto e do nascimento, em detrimento da informação do que ocorreu no pré-natal e no atendimento ao HIV/aids dessas gestantes. Porém, mesmo que as medidas de prevenção no parto sejam tardias, ainda existem possibilidades importantes de prevenção da transmissão vertical, já que a maior parte da transmissão vertical do HIV ocorre no periparto, daí a importância do precoce e adequado acompanhamento das gestantes HIV positivas e dos seus filhos. O seguimento das crianças expostas ao HIV é considerado uma ação de extrema importância no controle da transmissão vertical, mas que ainda constitui, na prática, uma

grande barreira no sucesso das ações programáticas, até mesmo pelo fato de as fichas de investigação de criança exposta ao HIV não serem registradas no SINAN, o que acaba gerando indiretamente uma não obrigação quanto ao acompanhamento adequado dessas crianças pelo sistema de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente estudo, verifica-se que como meio preventivo e indicativo da transmissão vertical, os testes de HIV devem ser realizados já na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores. Também deve-se realizar regularmente a testagem para IST. Ainda no pré natal, devem ser abordados o tema da saúde sexual, reprodutiva, prevenção combinada, opções quanto ao sexo seguro, concepção e contracepção, afim de oferecer o mais alto grau de possibilidades para reduzir os riscos de transmissão e de prevenção ao HIV e às outras infecções sexualmente transmissíveis. Deve-se ainda reforçar a importância de atualização do esquema vacinal para mulheres vivendo com HIV/aids suscetíveis. Deve a recomendação de reconhecer o status sorológico do(a) parceiro(a). Recomenda-se ainda, caso gestantes infectadas, a utilização da TARV, garantindo diálogo para a discussão de eventuais temores sobre possíveis impactos negativos das medicações nos fetos e RN e pontificando a sua importância, garantida através de estudos científicos. O uso de raltegravir (RAL) no esquema de ARV pode ser considerado em gestantes que iniciam o pré-natal ou o uso da TARV tardiamente (final do segundo trimestre), e que tenham contraindicação ao DTG. No caso de gestantes com imunossupressão mais grave, com sinais e sintomas de AIDS e/ou presença de infecções oportunistas (IO), a abordagem deve ser direcionada para o manejo dessas condições, mediante o auxílio do infectologista ou clínico com experiência no tratamento das pessoas vivendo com HIV (PVHIV). A realização do exame preventivo de câncer também é indicada juntamente com o rastreamento através de exames anuais. A profilaxia de exposição (PrEP) é indicada, pois, oferece uma opção eficaz e controlada por ela mesma para prevenção do HIV. A avaliação de saúde sexual dessa mulher busca observar se ela faz parte de uma população-chave e, além disso, a caracterização das práticas sexuais, das parcerias sexuais e dos contextos específicos associados a um maior risco de infecção pelo HIV. Alguns grupos específicos, denominados populações-chave,

estão sob maior risco de infecção pelo HIV e têm prioridade nessa estratégia, destacando-se pessoas trans, profissionais do sexo, parcerias sorodiferentes para o HIV e homossexuais. Uma vez identificada situação de potencial exposição ao HIV, dentro das últimas 72 horas, deve-se recomendar o início imediato indica-se profilaxia pós-exposição (PEP). A realização de genotipagem para gestantes deve ser considerada uma prioridade na rede de assistência, uma vez que a escolha de um esquema antirretroviral eficaz tem impacto direto na TV do HIV.

Já no momento da admissão na maternidade, algumas etapas são primordiais, além do teste, sinais, sintomas, investigação de IST. É necessário a realização de coleta de CV-HIV, LT-CD4+ e genotipagem do HIV; a escolha da via de parto cesariana preferencialmente, e, a notificação como gestante com HIV e adulto com HIV. O parto via cesariana segue de acordo com as programação de cesárea na 38ª semana para pacientes com diagnóstico de HIV sem tratamento antirretroviral e/ou carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias virais, a fim de evitar transmissão vertical, prematuridade iatrogênica, ruptura prematura de membranas e o trabalho de parto. No momento do parto, é necessária a administração de Administre zidovudina (AZT) injetável, pelo menos 3 horas antes do parto até o clampeamento do cordão umbilical. No pós parto deve ser seguidas as seguintes premissas: Realizar cuidados com o RN; Realizar inibição da lactação com cabergolina 1mg, VO, dose única; Manter a puérpera e a criança no alojamento conjunto em período integral, com o intuito de fortalecer o vínculo mãe-filho; Iniciar a terapia antirretroviral (TARV) e reforçar a importância da adesão ao tratamento para a saúde materna; Reforçar a contra-indicação da amamentação e do aleitamento cruzado; Acolher dúvidas sobre HIV. Em casos de gestantes que chegam à maternidade em trabalho de parto sem o tratamento durante a gravidez, a escolha do tipo de parto deve levar em consideração a fase e o tempo previsto para os procedimentos de cada um, assim como a probabilidade de complicações.

Quanto as problemáticas encontradas relacionadas ainda com a existência da taxa de transmissibilidade, verifica-se os relacionados ao uso insuficiente de ARV, dificuldades de acesso ao pacote de intervenções, sorologia desconhecida do(a) parceiro(a). Também foram encontrados problemas

relacionados com a condição econômica da população relativa com o acesso das intervenções pré natal. Falhas relacionadas com o manejo assistencial indicam problemas no seguimento das diretrizes e recomendações da profilaxia da Tv no HIV. A admissão da mulher em trabalho de parto foi descrita como um dos principais entraves relacionados com à falha na administração do AZT, o que poderia ser amenizado com a orientação às gestantes adequada durante o pré natal. Outros problemas como exames desnecessários em mulheres que já tinham diagnóstico por falta de comprovação no momento da admissão. Não foram encontrados nos prontuários referências da realização de exames de carga viral (CV), sendo este primordial para definição de condutas e prescrição de ARV, tanto para gestante e para RN como para a definição da via de parto. Tempo de infusão e falta de liberação à tempo do AZT pela farmácia, em mulheres com diagnóstico anterior à internação também foram problemáticas constatadas. Quanto aos neonatos, também foi constatado a administração tardia de AZT. Assim, verifica-se o manejo inadequado entre mulheres já com diagnóstico anterior à gestação. Outra problemática é relacionada com a solicitação de prova do HIV, sendo, um dos fatores principais, o não oferecimento do teste para HIV e a falta de informação sobre o teste por parte dos profissionais no pré natal. Outra problemática está relacionada com o desconhecimento da doença por grande parte das gestantes. Ressalta-se que, embora as estratégias de TV do HIV estejam muito bem estabelecidas, ocorrem ainda falhas importantes relacionadas aos cuidados das gestantes infectadas, onde, a sua maioria obtiveram o diagnóstico no momento do parto. Também, a não existência de fichas de investigação de criança registradas no SINAN, são fatores prejudiciais.

A não detecção do HIV no pré-natal é uma oportunidade perdida de intervenção na grávida portadora do vírus, aumentando as possibilidades da ocorrência de transmissão vertical e o momento do parto, vislumbra-se como uma segunda oportunidade de diagnóstico e intervenção para redução da TV do HIV, principalmente em países como o Brasil, onde a maioria dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar.

Por fim, destaca-se que, os serviços de saúde que se propõem a atender mulheres de forma integral precisam ter uma abordagem centrada na pessoa,

levando em conta as perspectivas dessas mulheres em seu cuidado em saúde, considerando-as como participantes ativas, ofertando informações e opções para que elas possam tomar decisões fundamentadas e com autonomia. A abordagem centrada na mulher se apoia em dois princípios orientadores: a promoção dos direitos humanos e a equidade de gênero. No contexto da prevenção da TV do HIV, IST e hepatites virais, o olhar deve ser também amplo e integral sobre a mulher. Deve-se pensar na linha de cuidado não somente na gestação, mas na oferta de oportunidades ímpares de intervenção em todo seu ciclo de vida.

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. HIV e aids. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais.2016.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial | Dez. 2021. Ministério da Saúde, 2021.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília – DF 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do hiv, sífilis e hepatites b e c nas instituições que realizam parto. 1ª ed. Brasília – DF, 2021.
5. AMARAL, E. A.G. ET. AL. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. Rev Panam Salud Publica;21(6) 357-364,jun. 2007.
6. ARAUJO, E.D.S.P. Acesso às intervenções para prevenção da transmissão Vertical do HIV e fatores associados ao uso insuficiente de antirretrovirais numa coorte de gestantes com HIV/AIDS na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro. 2011. 97f. Tese (Doutorado em pesquisa clínica em doenças infecciosas)-Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
7. LIMA, A.C. et al. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. Acta Paul Enferm. 2014; 27(4):311-8.
8. FEITOZA, H.A.C.; KOIFMAN, R.J.; SARACENI, V. Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil. Cad. Saúde Pública 37 (3) 07 Abr 20212021.
9. CAMACHO, A.A.B.; ARAÚJO, E.D.S.P. Acesso às intervenções para prevenção da transmissão Vertical do HIV e fatores associados ao uso insuficiente de antirretrovirais numa coorte de gestantes com HIV/AIDS na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro. Tese. Curso de PósGraduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Rio de Janeiro, 2011. 109 p.
10. VIEIRA, A.C.B.C. et al. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. Rev. Saúde Pública 45 (4) Ago 2011.

11. HOLZMANN, A.P.F. et al. Prevenção da transmissão vertical do vírus HIV: avaliação da assistência hospitalar. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20190491.
12. VASCONCELOS, C.S.D.S. et al. Prevention measures for vertical HIV transmission: monitoring infected pregnant women and exposed children / Medidas de prevenção para transmissão vertical do HIV: acompanhamento de gestantes infectadas e crianças expostas. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online) ; 21(1): 207-215, Jan.-Mar. 2021.
13. LEAL, A.D.F.; ROESE, A.; SOUSA, A.S.D. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de soro positivo. Invest Educ Enferm. 2012;30(1): 44-54.