

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Incidência de transmissão vertical do hiv entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional

Incidence of hiv vertical transmission among hiv-positive pregnant women treated at a regional reference service

Incidencia de transmisión vertical del vih entre las gestantes seropositivas registradas en un servicio de referencia regional

Cássio de Pádua Souza ¹, Camila Belfort Piantino ², Cleide Augusta de Queiroz ³, Maria Ambrosina Cardoso Maia ⁴, Cinira Magali Fortuna ⁵, Raquel Dully Andrade ⁶

ABSTRACT

Objective: surveying and to characterizing the incidence of HIV vertical transmission, from 2004 to 2013, among pregnant women accompanied by a referral service in STD, HIV/AIDS and Viral Hepatitis in the countryside of Minas Gerais. **Method:** it is a quantitative descriptive study. Data were obtained from the medical records of women infected by HIV registered in the unit. For analysis, there was used the simple descriptive statistics. It was approved by the Research Ethics Committee of the Higher Education Foundation of Passos (FESP), with CAAE: 28399314.8.0000.5112. **Results:** of the 33 pregnancies treated at the service, 60,6% (20) knew the diagnosis before pregnancy and 39,4% (13) of them obtained it during the prenatal period. In the first group there was no vertical transmission, while in the second group, there was one case, 8%. **Conclusion:** it is recommended that pregnant women do the test still in the first three months of pregnancy, because late diagnosis makes difficult doing prophylaxis. **Descriptors:** Vertical infectious disease transmission, HIV, Communicable disease prevention, Maternal-child health services.

RESUMO

Objetivo: levantar e caracterizar a incidência de transmissão vertical do HIV, no período de 2004 a 2013, entre gestantes acompanhadas por serviço de referência em DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais no interior de Minas Gerais. **Método:** estudo quantitativo descritivo. Os dados foram obtidos em prontuários de mulheres soropositivas para o HIV. Para análise utilizou-se a estatística descritiva simples. Aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP), com CAAE: 28399314.8.0000.5112. **Resultados:** das 33 gestações acompanhadas no serviço, 60,6% (20) conheciam o diagnóstico antes da gravidez e 39,4% (13) o obtiveram durante o pré-natal. No primeiro grupo não houve transmissão vertical, enquanto que no segundo houve um caso, 8%. **Conclusão:** recomenda-se realização de teste ainda no primeiro trimestre gestacional, pois o diagnóstico tardio dificulta a profilaxia. **Descritores:** Transmissão vertical de doença infecciosa, HIV, Prevenção de doenças transmissíveis, Serviços de saúde materno-infantil.

RESUMEN

Objetivo: conocer y caracterizar la incidencia de la transmisión vertical del VIH, en el período 2004-2013, entre mujeres embarazadas acompañadas en un servicio de referencia de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y la hepatitis viral en Minas Gerais. **Método:** este es un estudio cuantitativo descriptivo. Los datos se obtuvieron de los registros médicos de mujeres infectadas por el VIH registradas en la unidad. Para el análisis, se utilizó la estadística descriptiva simple. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación de la Educación Superior de Passos (FESP), CAAE: 28399314.8.0000.5112. **Resultados:** de las 33 gestaciones atendidas en el servicio, el 60,6% (20) fueron de mujeres que conocían el diagnóstico antes del embarazo y el 39,4% (13) de mujeres que sólo lo obtuvieron durante el período prenatal. En el primer grupo no hubo ninguna transmisión vertical, mientras que en el segundo hubo un caso, 8%. **Conclusión:** se recomienda la prueba en el primer trimestre del embarazo, ya que el diagnóstico tardío dificulta el profilaxis. **Descriptor:** Transmisión vertical de enfermedad infecciosa, VIH, Prevención de enfermedades transmisibles, Servicios de salud materno-infantil.

◆ Academic of Biomedicine at UEMG - Unity of Passos 2 Professor of the Health Center of UEMG - Unidade Passos 3 Professional Mastership Student of EERP/USP 4 Professor of the Health Center of UEMG - Unidade Passos 5 Professor of EERP/USP 6 Professor of the Health Center of UEMG - Unidade Passos

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana - e sua evolução para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ainda hoje, mais de 30 anos após a descoberta dos primeiros casos da doença, continua a fazer vítimas.

Estima-se que, em 2012, 35,3 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo, e que só no ano de 2013, mais 2,3 milhões de vítimas tenham sido infectadas.¹ Dentre elas, observa-se que a proporção de mulheres infectadas pelo HIV cresce rapidamente.²

Este fato remete a um importante aspecto: a infecção pelo HIV em gestantes. Isto porque, além do HIV ser transmitido pela troca de fluidos corporais como sangue, secreção vaginal e sêmen, o contágio também pode ocorrer da mãe soropositiva para o bebê, durante a gravidez, o parto ou a amamentação, sendo que a esse tipo de transmissão dá-se o nome de transmissão vertical.³

O Fundo das Nações Unidas para a Infância destaca que a maior parte das crianças acometidas pelo HIV foi vítima dessa forma de transmissão. Em 2012, por exemplo, a transmissão vertical foi a forma de exposição ao HIV em 99,6% dos menores de 13 anos de idade.^{4,5} Um dado relevante nesse contexto é que, segundo estimativas, há aproximadamente 240 mil mulheres em idade reprodutiva que tenham o vírus da AIDS e que a maior parte não saiba que era soropositiva.⁵

No Brasil, a taxa de detecção de casos de HIV em gestantes, em 2012, correspondeu a 2,4 casos a cada 1.000 nascidos vivos.⁴

Em uma gestante, quando não há nenhum tipo de tratamento, a taxa de transmissão vertical do HIV para o bebê pode ser de 20%.⁶ Dentre os principais fatores associados ao risco dessa transmissão, destacam-se a carga viral elevada e baixas contagens de linfócitos T CD4⁺, bem como a rotura prolongada das membranas amnióticas.⁷ O tipo e o subtipo do vírus também podem estar diretamente relacionados a esse índice de transmissão.⁸

Nesse contexto, ressalta-se a vulnerabilidade das crianças infectadas. Sem o tratamento adequado, muitas morrerão prematuramente. Por exemplo, entre todos os casos de AIDS que foram relatados, no mundo todo, no ano de 2006, mais de 500.000, o que representa quase 2% de todos os casos relatados, ocorreram na população pediátrica com quase 400.000 óbitos.⁹

A fim de mudar essa realidade, desde outubro de 1996, o Programa Nacional, hoje Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS) adotou a indicação da profilaxia da transmissão vertical para todas as gestantes soropositivas e recém-nascidos

expostos ao HIV.⁴ Nesse aspecto, destaca-se que o Brasil foi um dos primeiros países a realizar a implementação de tais medidas profiláticas.⁸

Entretanto, para que essa indicação possa ser cumprida, recomenda-se a triagem para detecção do HIV no primeiro trimestre da gestação. Contudo, quando a gestante não tem acesso ao pré-natal adequado, o diagnóstico pode ocorrer no terceiro trimestre ou até mesmo na hora do parto.¹⁰ Isso porque aproximadamente 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno.¹¹

Devido a todos os esforços empreendidos pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, houve um decréscimo significativo desses casos, mas nos últimos anos, verifica-se ainda uma estabilização em patamares insatisfatórios, em torno de 500 casos/ano em menores de cinco anos de idade.^{4,12}

Não obstante, graças aos avanços da ciência em contraponto à evolução dessa epidemia, bem como a conscientização da população, é possível reduzir os riscos de infecção do bebê para níveis menores que 1%. Para tanto, é preciso que as gestantes, tal como todos envolvidos na atenção integral à saúde da gestante, sigam todas as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas o uso de antirretrovirais na grávida e no recém-nascido e a não amamentação.¹¹

Quanto ao recém-nascido, preconiza-se a administração de zidovudina (AZT) solução oral ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras quatro horas de vida e durante as próximas quatro semanas. Em crianças expostas ao HIV cujas mães não fizeram uso de antirretrovirais (ARVs) durante o pré-natal ou não têm carga viral menor que 1.000 cópias/mL documentada no último trimestre de gestação devem-se acrescentar três doses de nevirapina (NVP) solução oral ao esquema da profilaxia, sendo a 1ª dose administrada nas primeiras 48h de vida, a 2ª dose 48h após a primeira, e a 3ª dose 96h após a segunda. Além disso, o bebê precisa fazer acompanhamento em um serviço de referência para crianças expostas ao HIV.⁴ Recomenda-se que, mesmo as crianças não infectadas, realizem acompanhamento anual na unidade de referência até o final da adolescência. Essa indicação reside no fato de não se conhecerem as possíveis repercussões da exposição aos ARVs profiláticos a médio e longo prazo.¹³

Quanto à gestante e ao parto, se o diagnóstico foi feito precocemente e a mãe possui uma boa adesão ao uso dos ARVs profiláticos durante a gestação, geralmente BIOVIR + KALETRA, o tipo de parto mais indicado dependerá, principalmente, do estado de saúde da mãe e da carga viral, no qual se espera que a mesma esteja indetectável.³ Ainda assim, toda parturiente soropositiva deve receber o AZT endovenoso no início do trabalho de parto até o nascimento do bebê. Para as gestantes com indicação de cesariana, o consumo de AZT deve ser de três horas antes da cirurgia até o nascimento.¹⁰

Diante da possibilidade de prevenção, espera-se que haja um decréscimo nos índices de infecção via transmissão vertical.³

Assim, o interesse central neste estudo é levantar e caracterizar a incidência de transmissão vertical do HIV num período de 10 anos entre gestantes acompanhadas por um serviço de referência.

Levantar e caracterizar a incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas que engravidaram no período de 2004 a 2013 cadastradas em uma unidade de referência regional para tratamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

MÉTODO

Estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado no Ambulatório Escola (AMBES) de Passos - MG, unidade de referência regional para tratamento e prevenção de DST, AIDS e Hepatites Virais.

No estudo descritivo, a descrição é feita por meio do levantamento de dados a fim de se chegar à elaboração de perfis, cenários, percentuais, médias e indicadores.¹⁴

Trata-se de uma pesquisa documental que se caracteriza por ser uma fonte de coleta de dados que está restrita a documentos. Esta coleta pode ser feita no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.¹⁴

Para tanto, foram utilizados dados registrados nos prontuários de mulheres com sorologia positiva para HIV, cadastradas no AMBES, que engravidaram no período de 2004 a 2013, sem critério de exclusão.

Ressalta-se que cada gestação assistida pelo serviço de referência durante esse período de dez anos (2004 a 2013), foi analisada isoladamente, pois cada uma apresenta potenciais de risco à transmissão vertical. À vista disso, o universo de estudo foi constituído por todas as 33 gestações que foram acompanhadas pelo AMBES durante o período de estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2014. Para tanto, utilizou-se um formulário, elaborado com base nos dados disponíveis nos prontuários das gestantes e dos recém-nascidos, que se constituiu como um roteiro para a pesquisa documental. Este formulário continha dados relativos aos diagnósticos de gravidez e de sorologia positiva, à profilaxia realizada na gestante, à adesão materna, valores de CV e CD4⁺ antes do parto, via de parto, descritores socioeconômicos, bem como a profilaxia realizada no recém-nascido.

A análise dos dados se pautou na abordagem quantitativa, a fim de levantar e caracterizar os casos de transmissão vertical do HIV. Esse tipo de abordagem prevê a mensuração de variáveis estabelecidas previamente, com o objetivo de verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidência de correlações estatísticas. Sendo assim, o pesquisador consegue descrever, explicar e prever.¹⁴

Os dados obtidos com base na consulta dos prontuários foram tabulados e organizados em tabelas, para interpretação e análise estatística descritiva simples dos mesmos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP), com CAAE: 28399314.8.0000.5112 e número do parecer: 566.942.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante esses aproximados dez anos (2004 a 2013), 25 mulheres engravidaram e/ou tiveram seus filhos depois de terem sido infectadas pelo HIV. No entanto, entre essas 25 mulheres, sete tiveram mais de uma gravidez, sendo que seis tiveram duas gestações e a outra três.

Tem-se assim um total de 25 mulheres e 33 gestações, o que corresponde a 100% das gestações que foram acompanhadas pelo serviço de referência no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2013.

Observou-se que 80% dessas mulheres (20/25) tinham ensino fundamental incompleto, 88% (22/25 mulheres) tinham baixa renda familiar, 76% (19/25 mulheres) eram “do lar” e também 76% (19/25 mulheres) eram solteiras.

A idade das gestantes variou de 16 a 39 anos, sendo a média de 28,4 anos, enquanto que a idade de diagnóstico de soropositividade para o HIV variou de 15 a 37 anos, sendo a média de 25,5 anos.

Dentre as 33 gestações, 60,6% (20/33) foram de mulheres que conheciam sua sorologia positiva para o HIV antes da gravidez. É importante notar que a transmissão vertical não ocorreu nesse grupo, pois a profilaxia foi iniciada no momento correto.

Por outro lado, 39,4% (13/33 gestações) foram de mulheres que obtiveram o diagnóstico positivo para o HIV durante o pré-natal. Dentre elas, 53,8% (sete/13 gestantes) foram diagnosticadas no segundo trimestre, 38,5% (cinco/13 gestantes) no terceiro, e 7,7% (uma/13 gestantes) na sala de pré-parto.

A terapia antirretroviral (TARV) profilática para as gestantes que foram diagnosticadas durante o pré-natal (13/33 gestantes) deu-se início apenas no segundo ou terceiro trimestre da gestação, visto que nenhuma delas recebeu o diagnóstico ainda no primeiro trimestre. Assim sendo, sete gestantes iniciaram a TARV no segundo trimestre, cinco no terceiro, e a outra na sala de pré-parto.

As mulheres que já eram acompanhadas pelo serviço antes de engravidarem (20/33 gestantes), ou já faziam uso de ARVs desde o ciclo pré-concepcional, ou começaram a profilaxia bem no início do segundo trimestre (14ª semana), que é o momento ideal.³ Um dado relevante observado nesse grupo foi que 85% das mulheres (17/20) mostraram ter uma melhor

adesão ao tratamento durante a gestação quando comparada ao período anterior e posterior à gestação.

Visto que uma gestante recebeu o diagnóstico somente na sala de pré-parto (uma/33 gestantes), a mesma não fez o uso dos ARVs profiláticos durante a gestação. Tem-se assim um total de 32 gestantes que fizeram uso da TARV durante a gestação, sendo que os ARVs prescritos como profilaxia foram BIOVIR + KALETRA para 21/32 gestantes, BIOVIR + NEVIRAPINA para sete/32, e AZT para as outras quatro/32.

A via de parto escolhida para a maioria (29/33 gestantes), o que corresponde a 88%, foi a cesárea, sendo que as outras quatro gestantes tiveram seus partos por via normal, o que corresponde a 12%. Ressalta-se que, para a escolha da via de parto, os últimos exames de CV e CD4⁺ realizados durante a gestação, foram coletados, em média, um mês e meio antes do parto, em 32 das 33 gestantes acompanhadas pelo serviço, já que na outra gestante, esses exames não foram realizados visto que o diagnóstico de soropositividade para o HIV foi realizado na sala de pré-parto.

Entre as 29 gestantes que fizeram cesárea, uma foi diagnosticada na sala de pré-parto, caso citado anteriormente, e os exames CV e CD4⁺, não foram realizados. Por isso, os dados a seguir referem-se a 28 das 29 gestantes que fizeram cesáreas e realizaram os exames de CV e CD4⁺ no último trimestre da gestação. Entre essas 28 mulheres, a CV máxima detectada foi de 21.947 cópias/mL, coletada três meses antes do parto, e a CV mínima foi indetectável, coletada 20 dias antes do parto. No geral, os valores de CV foram indetectáveis em 60,7% das gestantes (17/28), ou seja, ≤ 50 cópias/mL, que é o limite mínimo para detecção; em 17,9% (cinco/28 gestantes) os valores foram ≤ 1000 cópias/mL; em 10,7% (três/28 gestantes) foram ≤ 10.000 cópias/mL; em 3,6% (uma/28 gestantes) foram ≤ 20.000 cópias/mL e em 7,1% (duas/29 gestantes) os valores foram ≤ 30.000 cópias/mL, sendo que nenhuma CV excedeu o valor de ≥ 40.000 cópias/mL. Nesse grupo de 28 gestantes que fizeram cesáreas e realizaram os exames de CV e CD4⁺ antes do parto, os valores de CD4⁺ variaram de 71 a 1611 células/ μ L, sendo a média de 633 células/ μ L.

Entre as quatro mulheres que tiveram seus partos por via normal, a CV máxima detectada foi 214 cópias/mL, coletada onze dias antes do parto, sendo que os valores das outras três foram indetectáveis, o que é desejável para esta via de parto. As três gestantes que obtiveram uma CV indetectável no último trimestre da gestação tiveram seus exames coletados, 30, 35 e 60 dias antes do parto. Nesse grupo de quatro mulheres que tiveram seus partos por via normal, os valores de CD4⁺ variaram de 108 a 1043 células/ μ L, sendo a média de 592 células/ μ L.

O Ministério da Saúde preconiza que a cesariana eletiva, a fim de reduzir a transmissão vertical, está indicada para as gestantes que, no final da gestação (após 33-34 semanas) apresentarem CV desconhecida ou superior a 1.000 cópias/mL. Quando a CV foi inferior a esse valor, a via de parto será definida por critérios exclusivamente obstétricos.³

Quanto às medidas profiláticas cabíveis ao período de parto e pós-parto, como por exemplo, o AZT endovenoso na mãe antes e durante o parto e a administração de AZT solução oral ao recém-nascido no pós-parto imediato, foram corretamente realizadas. Quanto ao uso de ARVs durante as primeiras semanas de vida do recém-nascido, houve orientações direcionadas a todas as 33 gestantes acompanhadas pelo serviço. Salienta-se que os ARVs

profiláticos solução oral foram dispensados pelo serviço de referência para todas as 33 crianças.

No grupo das 13 mulheres que conheceram o status sorológico durante o pré-natal, houve um caso de transmissão vertical do HIV, o que corresponde a 3% (1/33) de todas as gestações acompanhadas pelo serviço, e 8% (1/13) das gestações cujas mulheres obtiveram o diagnóstico de HIV+ durante o pré-natal.

Trata-se de uma gestante de 33 anos que foi diagnosticada soropositiva para o HIV no terceiro trimestre (sétimo mês) de sua segunda gestação. O início da TARV profilática deu-se início 21 dias após o diagnóstico ter sido concluído (oitavo mês), pois a gestante não compareceu à primeira consulta que havia sido agendada. O esquema prescrito pelo médico foi BIOVIR + KALETRA, conforme preconizado.³ A gestante fez uso contínuo dos antirretrovirais durante um mês, de modo que os valores de CV e CD4⁺ coletados onze dias antes do parto foram 214 e 980, respectivamente. Embora o desejável seja uma CV indetectável para que a via de parto seja normal; esta foi escolhida, visto que 214 é um valor aceitável de CV e apresenta um risco muito baixo de transmissão vertical.³

Observa-se que a gestante, desde a gestação, não possuiu uma boa adesão ao tratamento e se mostrou ausente no que diz respeito às suas responsabilidades em relação ao tratamento e acompanhamento, uma vez que a mesma iniciou seu pré-natal tardiamente e faltou a uma consulta no serviço de referência após o diagnóstico de HIV+.

Quanto ao recém-nascido, foi administrado AZT solução oral nas duas primeiras horas de vida, sendo a continuação da administração da mesma prescrita para as próximas seis semanas, visto que essa era a conduta preconizada naquele momento.³ Não é possível afirmar que a mãe seguiu essa recomendação, assim como não é possível saber se a mesma seguiu a orientação para a não amamentação.

No entanto, embora haja apenas um caso de transmissão vertical durante o período de estudo, o serviço de referência em que o estudo foi realizado faz acompanhamento de um total de oito pacientes que foram infectados via transmissão vertical (incluindo o caso citado anteriormente), sendo que o diagnóstico da soropositividade materna da maioria (sete pacientes) foi feito após o nascimento da criança e as medidas profiláticas não foram realizadas.

Na unidade de referência onde o presente estudo foi realizado, observou-se que o índice de transmissão vertical do HIV foi de 3% durante o período de estudo, ou seja, houve um caso de transmissão vertical entre as 33 gestações que foram acompanhadas pelo serviço. No entanto, quando comparado com o grupo das 13 gestações cujas mulheres obtiveram o diagnóstico de HIV+ somente durante o pré-natal, esse índice é de 8%.

É possível perceber que todas as recomendações profiláticas, cabíveis para o tempo hábil que restava, foram seguidas pelos médicos, pela unidade de referência secundária e pela maternidade. O que não se sabe, é o quanto a gestante, posteriormente mãe, contribuiu para o êxito profilático, uma vez que era fundamental para o seguimento das medidas preventivas tais como o uso de ARVs orais em casa pela própria gestante e, posteriormente, o oferecimento de AZT solução oral para a criança durante as seis primeiras semanas de vida, que era a conduta preconizada na época, e, por fim, a não amamentação.

Chama a atenção que o caso de transmissão vertical do HIV ocorreu na única mulher submetida a parto normal com CV detectável, embora esta conduta estivesse dentro da orientação do Ministério da Saúde, relativa à possibilidade do parto vaginal em gestantes com CV inferior a 1.000 cópias/mL.³

Quanto às outras sete crianças, acompanhadas pelo serviço atualmente, que foram infectadas pelo HIV via transmissão vertical, não fizeram a profilaxia, pois nasceram sem que suas mães soubessem do diagnóstico positivo para o HIV, o que confirma a urgência de ações que promovam a captura precoce de gestantes pelos serviços de pré-natal, juntamente com o aumento da oferta do teste de HIV para mulheres grávidas, bem como a supervisão das ações.

Por outro lado, a maioria das gestações acompanhadas pelo serviço foi de mulheres que conheciam seu status sorológico antes da gravidez, e chama a atenção que a transmissão vertical não ocorreu nesse grupo, pois a profilaxia foi iniciada no momento correto. Este dado reforça a possibilidade real que há de eliminar a transmissão vertical do HIV (menos de 1% de transmissão), através de todas as intervenções profiláticas preconizadas pelo Ministério da Saúde.⁴

Nesse aspecto, estudos ressaltam que a gestação pode ser considerada como fator potencializador da adesão ao tratamento.¹⁵ Observou-se que 83% das mulheres mostraram ter uma melhor adesão ao tratamento durante a gestação. À luz deste fato, o aconselhamento às gestantes e puérperas em relação às condutas profiláticas deve ser claro e objetivo para que as mesmas possam ser incentivadas e supervisionadas.

Observou-se, também, que houve um número considerável de gestações (13/33) em que a mãe obteve o diagnóstico de HIV+ apenas durante o pré-natal, sendo que houve um caso de transmissão vertical nesse grupo (caso citado anteriormente). Nesse contexto, chama a atenção que nenhuma dessas 13 gestantes obteve o diagnóstico no primeiro trimestre de gestação, o que é o ideal e possibilita o início da profilaxia no momento correto (14ª semana de gestação).³

Ressalta-se que o caso de transmissão vertical, já citado no artigo, ocorreu em uma gestante que obteve o diagnóstico de HIV+ no sétimo mês de gestação. Este fato mostra que o diagnóstico tardio dificulta e/ou reduz o êxito da profilaxia.

É preciso reforçar com as equipes de saúde os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como propiciar meios para que todas as gestantes façam o teste, tanto de gravidez quanto o anti-HIV, ainda no primeiro trimestre da gestação.

Há muitas mulheres que ainda chegam à maternidade sem terem feito o pré-natal de forma adequada, ou seja, sem terem feitos todos os exames preconizados pelo MS ainda no primeiro trimestre de gestação.¹⁶ Para elas, a única oportunidade de acesso ao teste rápido de HIV e, quando necessário, às medidas profiláticas, é no momento do parto e/ou no puerpério.¹⁷

Assim, considerando-se que a transmissão pós-natal contribui substancialmente para a transmissão vertical do HIV, é conveniente realizar o aconselhamento da puérpera, independentemente de sua sorologia, no puerpério. Nesse período, as informações necessárias sobre a prevenção dessa forma de transmissão devem ser discutidas e registradas, bem como viabilizar testes para detecção do HIV na perspectiva de prevenção à transmissão

vertical pós-natal do HIV.^{4,17} Estudos demonstram uma alta aceitação e viabilização do teste rápido de HIV no momento do parto e no pós-parto.¹⁸

Não obstante, devem-se avaliar as vulnerabilidades da puérpera/mãe e orientar a prevenção da infecção do HIV após o parto, principalmente com o uso de preservativos, reduzindo a possibilidade de infecção da mãe durante a amamentação, uma vez que o risco de transmissão do vírus HIV para a criança é maior quando a infecção materna for aguda durante o aleitamento. Este fato ocorre devido a um rápido aumento da carga viral e queda na contagem de linfócitos T-CD4⁺ na fase aguda da infecção pelo HIV.⁴ Ressalta-se também que é necessário fornecer tratamento oportuno e adequado aos parceiros sexuais dessas mulheres.¹⁹

Assim, para eliminar a transmissão vertical do HIV, é imperativo garantir uma assistência integral à mulher e à sua família, desde o ciclo pré-concepcional até o pós-natal.¹⁷

Ainda por nascer, a criança é um ser de direitos, mas frágil demais para exercê-los. Diante dessa vulnerabilidade, considera-se como um preceito ético que todos os adultos, especialmente os profissionais de saúde, se comprometam a identificar, alertar e agir em prol da proteção e defesa à saúde da criança no contexto da transmissão vertical do HIV.²⁰

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou levantar e caracterizar a incidência de transmissão vertical do HIV em uma unidade de referência, indicando possibilidades para eliminar esse tipo de transmissão do vírus. Para isso, faz-se necessária uma assistência integral à mulher e à sua família, desde o ciclo pré-concepcional até o pós-natal, favorecendo o planejamento familiar, diagnóstico precoce da gravidez e assistência adequada no pré-natal, parto e puerpério.

Ainda que o diagnóstico tardio dificulte a profilaxia, toda mulher deve ser testada para o HIV antes do parto. É preciso reforçar junto aos profissionais os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para diminuir a taxa de transmissão vertical do HIV, bem como propiciar meios para que todas as gestantes façam o teste ainda no primeiro trimestre da gestação.

O aconselhamento às mulheres, gestantes e puérperas, em relação às condutas preventivas, deve ser claro e objetivo para que as mesmas possam ser supervisionadas, uma vez que são fundamentais para o seguimento das medidas profiláticas e, conseqüentemente, a saúde e o bem-estar da criança.

Nesse sentido, considera-se fundamental que sejam elaboradas estratégias sistematizadas e articuladas entre serviço de referência, maternidade e atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Unaid. Dados mundiais da aids. 2013 [cited 2013 Dec 05] Available from: <<http://www.unaids.org.br/>>. Portuguese.
2. Prestes-Carneiro Luiz Euribel, Spir Patrícia Rodrigues Naufal, Ribeiro Armênio Alcântara, Gonçalves Vera Lúcia Maria Alves. HIV-1-mother-to-child transmission and associated characteristics in a public maternity unit in Presidente Prudente, Brazil. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* [internet]. 2012 Feb [cited 2014 Nov 03] ; 54(1): 25-29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652012000100005&lng=en. English.
3. Brasil. Ministry of Health. Health Secretariat of Surveillance. Health National Program of STD and AIDS. [Recommendations for the Prophylaxis of Vertical Transmission of HIV and Antiretroviral Therapy in Pregnant Women: pocket handbook]. Brasília (DF): Ministry of Health; 2010. Portuguese.
4. Brasil. Ministry of Health. Health Secretariat of Surveillance. Health National Program of STD and AIDS. [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes]. Brasília (DF): Ministry of Health; 2014. Portuguese.
5. Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Prevenção da transmissão vertical. 2013 [cited 2013 Oct 25] Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10153.htm. Portuguese.
6. Brasil. Ministry of Health. Uso de antirretrovirais em gestantes. 2013 [cited 2013 Nov 27] Available from: <http://www.aids.gov.br/pagina/parto>. Portuguese.
7. López Consuelo Lozoya, Pires Andréa Rodrigues Cordovil, Fonseca Eliene Carvalho de, Rodrigues Fabiana Resende, Braga Neto Antônio Rodrigues, Herdy Gesmar Volga Haddad et al . Anatomopathological characterization of placentas from HIV+ patients associated with p24 expression. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* [internet]. 2013 Dec [cited 2014 Nov 03] ; 49(6): 437-445. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442013000600010&lng=en. English.
8. Gonçalves Vera Lúcia Maria Alves, Troiani Charlene, Ribeiro Armênio Alcântara, Spir Patrícia Rodrigues Naufal, Gushiken Elza Keiko Kimura, Vieira Renata Bonfim et al . Vertical transmission of HIV-1 in the western region of the State of São Paulo. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [internet]. 2011 Feb [cited 2014 Nov 03] ; 44(1): 4-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000100002&lng=en. English.
9. Kumar V, Abbas A K, Fausto N, Aster C. J. [Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças]. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. Portuguese.
10. Brasil. Ministry of Health. Parto em soropositivas. 2013 [cited 2013 Nov 27] Available from: <http://www.aids.gov.br/pagina/uso-de-antirretrovirais-em-gestantes>. Portuguese.

11. Brasil. Ministry of Health. [Gestação de alto risco: manual técnico]. Brasília (DF): Ministry of Health; 2010. Portuguese.
12. Matida Luiza Harunari, Ramos Jr. Alberto Novaes, Heukelbach Jorg, Sañudo Adriana, Succi Regina Célia de Menezes, Marques Heloisa Helena de Sousa et al . Improving survival in children with AIDS in Brazil: results of the second national study, 1999-2002. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2011 Jan [cited 2014 Nov 04] ; 27(Suppl 1): s93-s103. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300010&lng=en. English.
13. Barral Maria F.M., Oliveira Gisele R. de, Lobato Rubens C., Mendoza-Sassi Raul A., Martínez Ana M.b., Gonçalves Carla V. Risk Factors of HIV-1 Vertical Transmission (VT) and the Influence of Antiretroviral Therapy (ART) in Pregnancy Outcome. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* [internet]. 2014 Apr [cited 2014 Nov 04] ; 56(2): 133-138. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652014000200133&lng=en. English.
14. Marconi Marina de Andrade, Lakatos Eva Maria. [Fundamentos da Metodologia Científica] São Paulo: Atlas; 2010. Portuguese.
15. Faria, Evelise Rigoni de, & Piccinini, Cesar Augusto. Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [internet]. 2010 [cited 2014 Nov 05]; 27(2), 147-159. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-166X2010000200002. Portuguese.
16. Bernardes M J C, Sousa V M, De Azevedo Filho F M. Estrategias para la reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su relación con Enfermería. *Enferm. glob.* [internet]. 2012 Oct [cited 2014 Nov 05] ; 11(28): 368-376. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400020&lng=es. Spanish.
17. Brasil Raquel Ferreira Gomes, Moreira Maysa Mayran Chaves, Teles Liana Mara Rocha, Damasceno Ana Kelve de Castro, Moura Escolástica Rejane Ferreira. Grau de conhecimento, atitudes e práticas de puérperas sobre a infecção por HIV e sua prevenção. *Acta paul. enferm.* [internet]. 2014 Apr [cited 2014 Nov 05] ; 27(2): 133-137. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200008&lng=en. Portuguese.
18. Veloso Valdiléa G, Bastos Francisco I, Portela Margareth Crisóstomo, Grinsztejn Beatriz, João Esau Custodio, Pilotto Jose Henrique da Silva et al . HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2010 Oct [cited 2014 Nov 06] ; 44(5): 803-811. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500005&lng=en. English.
19. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2011 Aug [cited 2014 Nov 06] ; 45(4): 812-815. Available from:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000400026&lng=en. Portuguese.
20. Andrade Raquel Dully, Santos Jaqueline Silva, Pina Juliana Coelho, Furtado Maria Cândida de Carvalho, Mello Débora Falleiros de. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2013 Dec [cited 2014 Nov

05] ; 17(4): 772-780. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400772&lng=en.
Portuguese.



Recebido em: 09/05/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 04/08/2015
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:
Cássio de Pádua Souza
Endereço: Avenida Presidente Antônio Carlos, 7545 - São Luiz
(Pampulha), Belo Horizonte - MG, 31275-100
Telefone: (31) 3916-0471