

MÃES HIV POSITIVAS E RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS AO HIV ENTRE OS ANOS DE 2016 E 2018 EM CASCAVEL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

CZAPLA, Bruna Luísa¹
CZAPLA, Luana Carina²
ORTINÃ, Thaynara Tereza Carminatti³
ZANIN, Eduarda Binotto⁴
LIMA, Urielly Tayna da Silva⁵

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida infantil foi reportada pela primeira vez em 1982, de forma que, com o aparecimento de novos casos, concluiu-se que estas crianças tinham em comum mães infectadas pelo HIV. A maior parte dos casos infantis está ligada à transmissão vertical, o que poderia ser evitado com medidas relativamente simples, como o acompanhamento pré-natal e o uso de medicamentos antirretrovirais pela gestante. No Brasil, existe a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV para municípios que eliminaram a transmissão materno infantil. Contudo, apenas três cidades apresentam essa certificação (Curitiba, Umuarama e São Paulo), um indício de que a transmissão vertical do HIV é um desafio a saúde pública. Por fim, o perfil epidemiológico pode ser considerado um indicador relativamente sensível no processo de avaliação das doenças, de modo que esta pesquisa tem por objetivos encontrar as causas nos casos de exposição de crianças ao HIV e determinar quais estratégias obtiveram os melhores resultados nos últimos 3 anos na cidade de Cascavel por meio da análise de dados das gestantes e de seus respectivos recém-nascidos acompanhados pelo CEDIP.

PALAVRAS-CHAVE: pediatria, vírus de imunodeficiência humana, perfil epidemiológico.

HIV-POSITIVE MOTHERS AND CHILDREN'S EXPOSURE TO HIV BETWEEN 2016 AND 2018 IN CASCAVEL: EPIDEMIOLOGICAL STUDY

ABSTRACT

Childhood Acquired Immunodeficiency Syndrome was first reported in 1982, and with the new cases emergence, it was concluded that these children had HIV-infected mothers in common. Most childhood cases are associated to vertical transmission. This could be avoided with relatively simple measures, such as prenatal care and the use of antiretroviral drugs by the pregnant women. In Brazil, there is the Certification for the Elimination of Vertical HIV Transmission for municipalities that have obliterated mother-to-child transmission. However, only three cities have this certification (Curitiba, Umuarama and São Paulo), which suggests that HIV vertical transmission is a challenge to public health. Finally, the epidemiological profile can be considered a relatively sensitive index during the disease assessment process. Thus, this research aimed at finding out the causes in cases of children's exposure to HIV and at determining which strategies have shown the best results along the last three years in Cascavel city in Paraná.

KEYWORDS: pediatrics, human immunodeficiency virus, epidemiological profile.

1 INTRODUÇÃO

¹ Acadêmica de Medicina – Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: czaplabl@gmail.com

² Médica graduada pela Universidade do Vale do Itajaí - Univali. Residente de clínica médica do Hospital Santa Isabel de Blumenau/SC. E-mail: lua.czapla@hotmail.com

³ Acadêmica de Medicina – Centro Universitário Assis Gurgacz: thayortina@gmail.com

⁴ Acadêmica de Medicina – Centro Universitário Assis Gurgacz: duda_zanin@hotmail.com

⁵ Médica graduada pela Universidade Federal do Pará. Residência médica em pediatria pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe. E-mail: urielly@gmail.com

A transmissão do HIV é uma adversidade à saúde pública, de modo que são necessárias ações integradas da vigilância epidemiológica (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde propõe uma prevenção combinada, que remete a diferentes ações em prol de uma estratégia conjunta, atuando em pontos biomédicos, comportamentais e estruturais. Esses diferentes focos são analisados de acordo com as especificidades dos sujeitos e de seus contextos (BRASIL, 2019).

As intervenções biomédicas apresentam foco na redução de risco à exposição dos indivíduos ao HIV com estratégias que impeçam a transmissão direta. Já as intervenções comportamentais estão baseadas na abordagem dos diferentes graus de risco a que os indivíduos estão expostos. Por fim, as intervenções estruturais remetem a estratégias voltadas aos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos que tornam os indivíduos vulneráveis à exposição do HIV (BRASIL, 2019).

Estima-se que, no mundo, até o final de 2018, aproximadamente 37,9 milhões de pessoas estariam infectadas pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), e grande parte deste número se dá aos casos de mulheres acometidas (WHO, 2019). Em 1984, para cada mulher infectada, existiam 124 homens infectados, já entre os anos de 1999 e 2000, essa razão passou a ser de 1 mulher para 2 homens (RAIMUNDO; YANG; VENDITE, 2002). A inversão na relação masculino/feminino da AIDS, tendendo à feminização da doença, vitimiza predominantemente mulheres na idade fértil, existindo maiores riscos de transmissão vertical (FERNANDES; ARAÚJO; ACOSTA, 2005).

A transmissão vertical é aquela onde ocorre passagem do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação (BRASIL, 2011). A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida infantil foi reportada, pela primeira vez, em 1982 (um ano após a descrição inicial da nova doença em adultos) e, com o surgimento de mais casos de crianças com sintomatologia semelhante, concluiu-se que tais pacientes apresentavam, em comum, mães infectadas pelo HIV (ORTIGÃO, 1995).

A partir de 2000, a infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e em criança exposta ao risco de transmissão vertical se tornou compulsória (BRASIL, 2017). O Brasil possui um programa nacional com acesso universal e gratuito às medicações antirretrovirais e aos exames laboratoriais de toda a população (BRASIL, 2006). Assim, a subnotificação dos casos reflete negativamente na programação orçamentaria, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos, serviços laboratoriais e assistenciais, entre outras ações de vigilância (BRASIL, 2017).

A transmissão vertical pode ser reduzida para menos de 2% com adoção de medidas eficazes de prevenção (WHO, 2016). Os testes devem ser realizados pela gestante para prevenir a

transmissão vertical de HIV na primeira consulta do pré-natal (idealmente no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto (BRASIL, 2019).

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) define a eliminação da transmissão vertical do HIV quando são alcançadas taxas de incidência menores do que dois casos de HIV para cada 100 mães infectadas (BRASIL, 2011). Vale ressaltar que se considera como criança infectada pelo HIV aquela que tiver pelo menos dois exames de carga viral consecutivos, feitos entre 1 e 24 meses depois do nascimento, cujos resultados sejam superiores a 5.000 cópias/mL ou sorologia para HIV reagente e DNA pró-viral detectável dos 18 aos 24 meses (BRASIL, 2017).

A Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV é uma estratégia do Ministério da Saúde para fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde. São elegíveis à certificação municípios com mais de 100 mil habitantes e que atendam a critérios estabelecidos pela OPAS e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2017). Atualmente, 3 cidades no Brasil apresentam a Certificação de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV – Curitiba, Umuarama e São Paulo – em ordem cronológica (BRASIL, 2019).

A ínfima quantidade de cidades que possuem a Certificação é um fator que contribui ao fato de que a transmissão do HIV ainda é um desafio à saúde pública. Este estudo se justifica, pois, visa traçar o perfil epidemiológico dos casos de crianças expostas ao HIV no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP), na cidade de Cascavel, nos anos de 2016, 2017 e 2018. A pesquisa investiga qual a possível causa nos casos de exposição de crianças ao HIV, bem como elucida itens importantes sobre a exposição de crianças ao HIV e quais estratégias obtiveram melhores resultados na cidade de Cascavel.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

A AIDS se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, que destrói os linfócitos, células responsáveis pela defesa do organismo, tornando o indivíduo vulnerável a infecções e a doenças oportunistas, quando o sistema imunológico está enfraquecido (TORRES; LUZ, 2007).

Em relação ao acometimento de crianças, aproximadamente 75 a 80% das crianças contraem o HIV por transmissão materno fetal, os demais casos estão associados a transfusão de sangue e derivados e, particularmente, em crianças maiores e adolescentes, por via sexual ou uso de drogas

endovenosas. Este percentual é característico de diversos países (KOZINETZ; CRANE; REVERS, 1990). No Brasil, desde a primeira metade de 1993, a transmissão vertical já se aproximava a 87,9% de todos os casos de crianças expostas ao HIV (AMARAL, 1996).

A transmissão vertical depende da carga viral da mãe, que é intensa no início da infecção e na fase final da doença. Na gravidez, ocorre baixa das células T-CD4, que são as células que participam da defesa imunológica e, consequentemente, a carga viral aumenta. Por conseguinte, quanto maior for a carga viral, maior será a probabilidade de transmissão, que pode ocorrer no final da gestação, durante o parto ou durante a amamentação (RAIMUNDO; YANG; VENDITE, 2002).

Em 2004, um estudo mostrou que a proporção de mulheres que sabiam estar infectadas pelo HIV antes de engravidar era muito pequena (CAVALCANTE *et al.*, 2004). Porém, deve-se levar em consideração que existe uma parcela de mulheres que sabe do seu diagnóstico antes de engravidar, o que indica que o risco de transmissão vertical pode não ter determinado as decisões reprodutivas destas mulheres (SILVA; ALVARENGA; AYRES, 2006). Ademais, o número de mulheres que engravidam e voltam a engravidar em vigência da infecção não é pequeno (CAVALCANTE *et al.*, 2004).

Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, é possível o nascimento de uma criança saudável. No entanto, sem planejamento adequado, o risco de transmissão é de 15% a 45% (WHO, 2016). A gestante deve ser orientada sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2019).

2.2 ABORDAGEM DA GESTANTE INFECTADA PELO HIV

A testagem para HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente, na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e ainda em caso de exposição de risco ou violência sexual. O teste de genotipagem pré-tratamento está indicado para todas as gestantes, mas não é necessário aguardar o resultado para iniciar a terapia antirretroviral (BRASIL, 2019).

A carga viral na primeira consulta do pré-natal estabelece a magnitude da viremia. Deve ser pedida a carga viral duas a quatro semanas após a introdução de antirretroviral para avaliar a resposta ao tratamento, bem como no caso de modificação da terapia por algum motivo, também duas a quatro semanas depois da mudança. A partir da 34ª semana, a carga viral é usada para indicação da via de parto (BRASIL, 2019).

Apesar de ser política pública o oferecimento de testes anti-HIV e a quimioprofilaxia (ARAÚJO; FARIAS; RODRIGUES, 2006), o número de crianças que nascem com HIV ainda é significativo (FROTA *et al.*, 2012). A principal causa para a não supressão viral das gestantes é a adesão insuficiente ao tratamento, que costuma se agravar após o parto. O risco de transmissão vertical do HIV é determinado pela carga viral materna, além do uso de antirretrovirais durante a gestação e pela relação entre o tempo destes antirretrovirais efetivo e o parto (BRASIL, 2019).

No parto, para as mulheres já em terapia, os horários habituais devem ser mantidos, via oral, mesmo durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada. O AZT injetável é indicado para a prevenção da transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto ou até 3 horas antes da cesariana eletiva, até o camplateamento do cordão umbilical. Não é necessário AZT profilático EV nas gestantes que apresentam carga viral indetectável após 34 semanas de gestação e que estejam em uso de antirretrovirais com boa adesão (BRASIL, 2019).

2.3 ACOMPANHAMENTO DA PUÉRPERA

É muito comum, após o parto, haver diminuição da adesão da mulher ao tratamento. O seguimento da mulher com HIV no puerpério (salvo em situações especiais) é igual ao de qualquer outra mulher, devendo-se prever o retorno entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto. A terapia antirretroviral deve ser mantida após o parto, independentemente da carga viral e dos sinais clínicos da mulher. Ademais, deve ser orientado a toda puérpera a não amamentar, de modo que a inibição da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto com cabergolina (BRASIL, 2019).

2.4 MANEJO CLÍNICO DO RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV

Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV devem receber antirretroviral, preferencialmente na sala de parto, devendo ser mantido durante as primeiras quatro semanas de vida. O acompanhamento clínico e laboratorial de crianças expostas ao HIV deve ser mensal, nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestral a partir do primeiro ano de vida (BRASIL, 2019). Esse acompanhamento é importante, pois as manifestações em crianças podem iniciar nos primeiros meses de vida (YOSHIMOTO; DINIZ; VAZ, 2005). Por exemplo, déficits de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2019).

O HIV, hoje, é considerado uma doença crônica, todavia, é necessário postergar, reduzir e até impedir as manifestações clínicas, a fim de que o crescimento e o desenvolvimento das crianças acometidas ocorram normalmente, além de prevenir as consequências psicossociais (PASSOS,

2005). Em relação às imunizações, deve-se levar em conta a situação clínico-imunológica de cada criança (BRASIL, 2019).

2.5 DIREITOS REPRODUTIVOS

A gravidez no contexto da infecção pelo HIV é um tema que, normalmente, gera críticas, principalmente quando uma mulher, sabidamente soropositiva, manifesta o desejo de engravidar ou chega grávida ao serviço de saúde (SILVA; ALVARENGA; AYRES, 2006).

O direito de decidir sobre ter ou não filhos está assegurado pelo Código de Ética Médica. É preciso reforçar que o planejamento reprodutivo é um direito, assegurando a livre decisão da pessoa. Desta forma, o desejo de ter filhos deve ser discutido nos atendimentos, considerando escuta ativa e um ambiente favorável ao diálogo, a fim de prover informações sobre as formas mais seguras e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2019).

Ademais, faz-se necessária a instrução de novas abordagens de cuidado (que vão além da oferta exclusiva do preservativo masculino) em relação à concepção, anticoncepção, profilaxia pré-exposição e pós-exposição. As intervenções devem ser individualizadas de acordo com cada situação apresentada, levando em conta as vulnerabilidades sociais e individuais (BRASIL, 2019).

É importante, ainda, que os serviços de saúde ofereçam às parcerias sexuais suporte à testagem e a revelação mútua, tanto a pessoas com estado sorológico conhecido como desconhecido em relação ao HIV (OMS, 2017). A revelação do diagnóstico para parceiros sexuais dá ao outro a oportunidade de decidir sobre seus próprios riscos, além de facilitar a identificação dos casos de exposição sexual e a necessidade de prescrição profilaxia (BRASIL, 2019).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo sobre o perfil epidemiológico de recém-nascidos expostos ao HIV, com uso de dados das fichas de notificação no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias, nos anos de 2016, 2017 e 2018, na cidade de Cascavel – Paraná. Foram analisados, com autorização das instituições (Escola de Saúde Pública e CEDIP), dados tabulados referentes a recém nascidos expostos ao HIV e suas respectivas mães. Para a análise dos dados, não houve acesso direto às fichas de notificação como forma de evitar possível exposição e identificação dos participantes da pesquisa.

Além da Autorização da instituição para coleta de dados, foram coletadas assinaturas na Solicitação de Dispensa do TCLE, no Termo de Compromisso para uso de dados em arquivo, na Declaração dos Pesquisadores e na Folha de rosto. O presente estudo obteve aprovação do Comitê de ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP), do Centro Universitário Assis Gurgacz.

4 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Do total de gestantes HIV positivas notificadas em 2016, 2017 e 2018, 76 casos registrados, foram analisados os dados de 71 mulheres e seus respectivos recém-nascidos. Dos 76 casos, 5 foram excluídos da pesquisa – um caso referente a óbito fetal, um caso referente à gestação gemelar, dois casos por perda de seguimento e um caso notificado em 2018, mas com a criança nascida em 2019, uma vez que os dados analisados são de crianças nascidas em 2016, 2017 e 2018.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS GERAIS DAS GESTANTES

Foram analisados os dados das gestantes HIV positivas acompanhadas pelo CEDIP, na cidade de Cascavel-Paraná, nos anos de 2016, 2017 e 2018. A idade destas mulheres variou entre 16 e 41 anos, de forma que foram agrupadas por faixas etárias: adolescentes (16 a 19 anos), adultas jovens (20 a 35 anos) e adultas (35 aos 41 anos). A mediana foi de 28 anos.

Conforme a Tabela 1, dos 71 casos analisados, foram notificados 14 em 2016, 37 em 2017 e 20 em 2018. Entre os 14 casos notificados no ano de 2016, a faixa etária de 20 a 35 anos corresponde a 71,4% (10) das gestantes acometidas. Já ponderando os 37 casos notificados no ano de 2017 e os 20 casos notificados em 2018, na mesma faixa etária, correspondem a 78,4% (29) e 70% (14), respectivamente. Ou seja, do total de casos notificados nos 3 anos (2016, 2017 e 2018), 75% (53) correspondem a faixa etária de 20 e 35 anos.

Tabela 1 – Número de gestantes HIV positivas notificadas na cidade de Cascavel nos anos de 2016, 2017 e 2018

	2016		2017		2018		Total
	n	%	n	%	n	%	N
16 a 19 anos	2	14,3	4	10,8	2	10	8

20 a 35 anos	10	71,4	29	78,4	14	70	53
36 a 41 anos	2	14,3	4	10,8	4	20	10
Total	14		37		20		71

Fonte: Dados coletados do CEDIP, Cascavel, 2020

Atualmente, quase metade dos infectados pelo HIV são mulheres (KONOPKA, 2010). O aumento das mulheres contaminadas pelo HIV apresenta um crescimento importante, e a faixa etária que compreende o maior número de casos está entre 20 e 39 anos (GUILHERME *et al.*, 2000). Por conseguinte, é esperado que o número de gestantes HIV positivas seja maior nesta faixa etária, coincidindo com a idade reprodutiva (TORRES; LUZ, 2007).

Sabe-se, ainda, que 94% dos casos na população feminina ocorrem por meio da transmissão heterossexual do vírus pelo parceiro (SILVA *et al.*, 2007). Tanto que, quando avaliadas as formas de exposição ao vírus HIV nas gestantes participantes na pesquisa, a transmissão sexual corresponde a 98,6% (70) dos casos. Um único caso se deu por transmissão vertical. No momento do diagnóstico da infecção pelo vírus HIV, 35,2% (25) das gestantes HIV positivas relataram ter parceiro HIV positivo.

Em relação à escolaridade das gestantes acompanhadas pelo CEDIP, 26,8% (19) apresentavam ensino fundamental completo, 42,3% (30) ensino médio completo e 9,8% (7) ensino superior. Em contrapartida, 21,1% (15) não havia concluído o ensino fundamental. A baixa escolaridade é considerada uma variável associada à vulnerabilidade à transmissão do HIV (FERNANDES *et al.*, 2005), uma vez que se acredita que a falta de acesso ao estudo agrava a obtenção de informações sobre o assunto (TORRES e LUZ, 2007). Pode-se constatar que, quanto maior o nível de escolaridade, maior o conhecimento das gestantes sobre transmissão vertical (GUILHERME *et al.*, 2000).

Porém, embora cerca de 20% das gestantes HIV positivas tivessem o ensino fundamental incompleto, o quadro torna-se incomum quando comparado a pesquisas anteriores. Em um estudo realizado em São Paulo, observou-se que a baixa escolaridade estava presente na maioria das mulheres soropositivas (LANDRONI, 2004). Na cidade de Porto Alegre, em uma pesquisa com 199 gestantes infectadas pelo HIV, constatou-se que a porcentagem de mulheres que não concluíram o ensino fundamental chegava a 59% (SILVA *et al.*, 2007).

Ainda, outros estudos apresentam valores com uma porcentagem que varia de 45,8% (TORRES, 2007) a 75% (VERMELHO *et al.*, 1999) em relação ao nível de escolaridade baixa – com ensino fundamental incompleto. Por meio do Boletim Epidemiológico de 2018, foi observado

que a proporção de casos em mulheres com nível médio completo vem apresentando tendência acentuada de aumento – passou de 10,1% para 21% (BRASIL, 2019b).

A distribuição racial encontrada foi de 55% (39) pardas, 39,4% (28) brancas e 5,6% (4) negras. Em outros estudos, estes valores variam bastante, de forma que não existe regularidade nos valores encontrados. Por exemplo, em um estudo em Vitória (Espírito Santo), a distribuição foi de 33,7% pardas, 38,6% negras e 27,7% brancas (VIEIRA *et al.*, 2011). Já em um estudo em Santa Maria (Rio Grande do Sul), estes valores passam para 56,8% brancas, 23% pardas e 20,2% negras (KONOPKA, 2010). O Boletim Epidemiológico de 2018 do Ministério da Saúde apresenta dados semelhantes a esta pesquisa, declarando que, a partir de 2012, o acometimento de mulheres pardas se tornou maioria (BRASIL, 2019b).

Em relação à ocupação, no momento da consulta, 56,3% (40) das mulheres estava exercendo atividade remunerada. Do contrário, 7% (5) se encontrava desempregada e cerca de 31% (22) se encontrava trabalhando, exclusivamente, para a própria família, não exercendo atividade remunerada. Uma pequena parcela se encontrava em condição de estudante (2,8%, sem atividade remunerada) ou não informaram a ocupação (2,8%). Embora a porcentagem de gestantes sem possuir algum tipo de renda ainda seja alto, mais uma vez, em comparação com outros estudos, percebe-se um quadro incomum. A baixa escolaridade e a ocupação como dona de casa normalmente são características comuns em gestantes HIV positivas (LANDRONI, 2004).

Tabela 2 – Caracterização dos aspectos gerais das gestantes HIV positivas acompanhadas pelo CEDIP em 2016, 2017 e 2018 (n=71)

Variáveis	N	%
Raça		
Branca	28	39,4
Negra	4	5,6
Parda	39	55,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	15	21,1
Ensino Fundamental Completo	19	26,8
Ensino Médio Completo	30	42,3
Ensino Superior	7	9,8
Ocupação		
Atividade Remunerada	40	56,3

Do lar	22	31,0
Estudante	2	2,8
Desempregada	5	7,0
Desconhecido	2	2,8
Estado Civil		
Solteira	12	16,9
Casada	41	57,7
União Estável	15	21,1
Separada	2	2,8
Desconhecido	1	1,4

Fonte: Dados coletados do CEDIP, Cascavel, 2020

Das 71 gestantes, constava o estado civil de 70. Das 70 gestantes, 17,1% (41) encontravam-se casadas, 58,6% (15) em união estável, 21,4% (12) solteiras e 2,8% (2) separadas. Dentre as solteiras, 9 relataram ter um parceiro fixo. Conforme a Tabela 3, 51 das 70 gestantes com dados do estado civil informaram não fazer o uso de preservativo, esse valor corresponde a 72,8% das gestantes.

Normalmente, o uso do preservativo entre casais em uma relação mais estável é pouco citado (WIETHÄUPERI, 2003). Essa associação não é observada entre as gestantes casadas incluídas nesta pesquisa, mas é notável entre as gestantes em união estável e que referiram ter um parceiro fixo. Ademais, não se pode excluir a possibilidade de que dentre as mulheres casadas que não faziam uso de preservativo existia o desejo de engravidar. Afinal, a maternidade continua sendo afirmada como um elemento muito forte da identidade feminina (EID *et al.*, 2014).

Tabela 3 – Relação de gestantes HIV positivas que relataram não fazer uso de preservativo

	N (total de gestantes)	N	%
Casada	12	3	25,0 (n=12)
União Estável	41	34	82,9 (n=41)
Solteira com parceiro fixo	9	9	100,0 (n=9)
Solteira sem parceiro fixo	6	4	66,7 (n=6)

Separada	2	1	50,0 (n=2)
----------	---	---	------------

Fonte: Dados coletados do CEDIP, Cascavel, 2020.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS OBSTÉTRICOS DAS GESTANTES

Devido ao drástico aumento da prevalência do HIV nas mulheres, principalmente em idade reprodutiva, e a possibilidade de transmissão materno fetal, foram elaboradas intervenções, que incluem o uso da Zidovudina (AZT) na gestação (KONOPKA, 2010). A importância do diagnóstico ocorre devido à necessidade de tratamento da gestante e evitar a transmissão vertical (TORRES; LUZ, 2007).

No momento do diagnóstico, em relação à gestação, observou-se que 56,3% (40) das gestantes obtiveram o diagnóstico anterior à gestação, 40,8% (29) durante a gestação atual e em 2,8% (2) o diagnóstico foi realizado no parto. Das 40 gestantes que obtiveram o diagnóstico anterior à gestação, 20 foi durante uma gestação anterior e 28 já faziam uso de terapia antirretroviral – mesmo sabendo do diagnóstico, 12 gestantes ainda não haviam iniciado o tratamento.

Das gestantes que tiveram o diagnóstico durante a gestação, uma gestante não realizou a terapia antirretroviral. Este caso, somado às gestantes que tiveram o diagnóstico ao realizarem o parto e não tiveram chance de realizar o tratamento, resulta em uma porcentagem de 4,2% (3) de ausência de tratamento antirretroviral.

Independentemente do estado virológico ou sorológico, toda gestante infectada pelo HIV deve ser medicada com antirretrovirais (MOFENSON, 2006). A taxa de transmissão quando a mãe não realiza qualquer tipo de tratamento está entre 20% e 45%. Essa taxa pode chegar a taxas inferiores a 2% quando há o uso de terapia antirretroviral (KONOPKA, 2010). A atitude das gestantes de adotar o tratamento durante a gestação denota o desejo de gerar uma criança saudável (MOURA; PRAÇA, 2006).

Analisando o número de gestantes com o diagnóstico realizado durante a gestação, se faz necessário o rastreamento universal da infecção pelo HIV para que medidas profiláticas da transmissão vertical possam ser tomadas, ressaltando que intervenções precoces se tornam mais eficazes (KONOPKA, 2010). Se não fosse pelo pré-natal, muito provavelmente estas mulheres que tiveram o diagnóstico durante a gestação passariam a conhecer seu diagnóstico mais tardiamente (FERNANDES *et al.*, 2005).

Tabela 4 – Uso de TARV pelas gestantes HIV positivas acompanhadas pelo CEDIP

	N	%
Anterior à gestação	40	56,3
Durante a gestação	29	40,8
No parto/Depois do parto	2	2,8

Fonte: Dados coletados do CEDIP, Cascavel, 2020

O uso de terapia antirretroviral está ligado à diminuição da carga viral materna, que é o fator mais forte e independente para esse tipo de transmissão (KONOPKA, 2010). No momento do parto, das 71 gestantes, consta que 15 apresentavam carga viral detectável e, mesmo com a maioria das gestantes não tendo carga detectável, 80,2% (57) das gestantes teve como via de parto a cesariana. Em uma pesquisa brasileira com 129 obstetras, 63,6% têm a cesariana para via de parto em gestantes soropositivas e 38% contraindicaram o parto por via vaginal em pacientes soropositivas (FARIAS *et al.*, 2008).

De fato, existe evidência de que a operação cesariana possa colaborar para a redução da transmissão vertical (BRITO *et al.*, 2006). O indicado é que, para gestante com carga viral maior ou igual a 1000 cópias/ml ou desconhecida, seja realizada cesariana eletiva, já nas gestantes com carga viral menor do que 1000 cópias/ml ou indetectável a via de parto recomendada é a vaginal (CAVALCANTE *et al.*, 2004). Ademais, existem gestantes que desejam realizar a cesárea em virtude da redução da transmissão vertical e pela possibilidade de realizar ligadura tubária (BARBOSA; KNAUTH, 2003).

Quanto à paridade das gestantes, observou-se que 26,9% (19) não tinha filhos ou tinha até um filho, 35,2% (25) das gestantes tinha dois filhos, 18,3% (13) tinha 3 filhos e 19,7 (14) tinha 4 ou mais filhos. Observa-se que mais de 50% das gestantes possuía 2 ou mais filhos. A maior fecundidade entre soropositivas demonstra a importância de um pré-natal adequado a fim de evitar incremento nas taxas de transmissão materno infantil (LEMOS *et al.*, 2005).

Além de que, analisando os dados de gestantes que tiveram o diagnóstico em uma gestação anterior, percebe-se que o diagnóstico pode não ter interferido no desejo de engravidar. Muitas gestantes que sabem do diagnóstico de infecção por HIV antes de uma gestação declaram o desejo de ter filhos, inclusive quando já são mães e mesmo sabendo do risco de transmissão (TORRES; LUZ, 2006).

Tabela 5 – Paridade das gestantes HIV positivas

Quantidade de Filhos	N	%
----------------------	---	---

0 a 1	19	26,8
2	25	35,2
3	13	18,3
4 ou mais	14	19,7

Fonte: Dados coletados do CEDIP, Cascavel, 2020

Das 71 gestantes, 66,1% (47) realizou o pré-natal de forma regular e 1,4% (1) não teve nenhum acompanhamento. As gestantes soropositivas possuem gravidez de alto risco, por isso a importância de um pré-natal completo, que possibilita o tratamento antirretroviral (TORRES; LUZ, 2006). O início tardio do pré-natal, após o primeiro trimestre da gestação, e o número reduzido de consultas pré-natais são uma barreira para a prevenção da transmissão vertical (KONOPKA, 2010).

Em relação a intercorrências, as complicações obstétricas foram pouco frequentes. Outras pesquisas mostram que este tipo de complicações é semelhante ao esperado na população de gestantes não soropositivas (WHO, 2006b). Em relação às intercorrências clínicas, a mais frequente foi vaginite, também há semelhança do que ocorre em gestantes não-portadoras de HIV (KONOPKA, 2010).

Tabela 6 – Intercorrências apresentadas pelas gestantes HIV positivas

Tipo de Intercorrência	N
Infecção Vaginal	7
Sífilis	3
Hepatite B	2
Papanicolau positivo	2
Parto Pré Termo	2
Hipertensão Arterial	1
Tuberculose	1
Uso de Heparina/	1

Fonte: Dados coletados do CEDIP, Cascavel, 2020

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DE GESTANTES HIV POSITIVAS

Complicações neonatais foram encontradas em 3 casos (4,2%), não havendo prevalência de um tipo de complicação. Dentre as complicações, foram encontradas um caso de hidrocefalia, um

caso de toxoplasmose congênita e um caso de infecção respiratória. Em relação a malformações, houve um caso de lábio leporino e fenda palatina. Houve, ainda, um caso de intolerância congênita à lactose.

Em relação à amamentação, uma das 71 gestantes relatou ter amamentado o filho até os 5 meses. Biologicamente, a transmissão do HIV por leite materno é possível, de forma que é preciso orientar as gestantes HIV positivas sobre a não amamentação e a obtenção de fórmula infantil. Realizado o parto, usam-se medidas para evitar o início da lactação (TORRES; LUZ, 2007). Calcula-se que ocorram 8,9 transmissões por cada 100 crianças em um ano de aleitamento (ROUSSEAU, 2004).

Quanto ao uso de antirretroviral para profilaxia da transmissão vertical do HIV, 84,5% dos recém-nascidos teve a profilaxia realizada com AZT e 15,5% dos recém-nascidos teve a profilaxia realizada com Zidovudina (AZT) associado à Nevirapina (NVP). O Ministério da Saúde recomenda a administração de AZT no recém-nascido logo nas primeiras 4 horas após o nascimento preferencialmente ainda na sala de parto, e, se indicado, é realizada a administração da primeira dose de NVP o mais precocemente possível, antes das primeiras 48 horas de vida. A profilaxia em recém-nascidos depois das 48 horas deve ser discutida caso a caso (BRASIL, 2019).

Quanto ao uso de NVP, as indicações são em relação a gestante: não uso de antirretroviral durante a gestação, uso de antirretroviral, mas carga viral desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL no terceiro trimestre, histórico de má adesão, mesmo com carga viral menor do que 1.000 cópias/mL no terceiro trimestre, mãe com infecção sexualmente transmissível (especialmente sífilis) ou parturiente com resultado reagente no momento do parto (BRASIL, 2019).

Dos recém-nascidos que receberam a associação de AZT com NVP, 2 apresentavam mães que nunca haviam usado antirretroviral (uma gestante sabia do diagnóstico anteriormente à gestação e a outra gestante teve o diagnóstico no momento do parto), e 5 apresentavam mães que informaram ter pouca adesão no uso de antirretroviral.

Cerca de 65% dos casos de transmissão vertical ocorrem no trabalho de parto e no parto, enquanto os outros 35% ocorrem intraútero (principalmente nas últimas semanas de gestação). A alta carga viral materna, a ruptura prolongada das membranas amnióticas, a presença de infecção sexualmente transmissível, o tipo de parto, a prematuridade e o uso de drogas estão associados a transmissão materno-fetal (KONOPKA, 2010). Por isso, a importância de medidas profiláticas.

A transmissão vertical é considerada quando a criança apresentar pelo menos dois exames de carga viral consecutivos, feitos entre 1 e 24 meses depois do nascimento, cujo resultado seja superior a 5.000 cópias/mL ou sorologia para HIV reagente e DNA pró-viral detectável dos 18 aos 24 meses (BRASIL, 2017). Dos 71 casos de crianças expostas à transmissão vertical do HIV, foram

verificados 2 casos de transmissão vertical com resultado de duas cargas virais com resultado acima de 5.000 cópias/mL (uma criança nasceu no ano de 2017 e a outra criança nasceu no ano de 2018).

Em um caso não houve aderência por parte da mãe ao uso de terapia antirretroviral nem acompanhamento pré-natal e no outro caso não houve aderência por parte da mãe ao uso de terapia antirretroviral por descobrir o diagnóstico de infecção pelo HIV no parto da gestação atual.

Tabela 7 – Resultado da Primeira e Segunda carga viral dos recém-nascidos expostos ao HIV

	Negativa	Positiva	Não fez/Sem informação
Primeira Carga viral	68	2	1
Segunda Carga viral	63	2	6

Fonte: Dados coletados do CEDIP, Cascavel, 2020.

Das 6 crianças que não constava a informação sobre a segunda carga viral, uma não possuía também resultado da primeira carga viral, porém, apresentava sorologia não reagente para HIV. Das 5 crianças restantes sem resultado da segunda carga viral, duas apresentaram sorologia não reagente para HIV. Desta forma, faltava a segunda carga viral e a sorologia de 3 crianças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da ausência dos resultados da segunda carga viral de 3 recém-nascidos, nota-se que nasceram 66 crianças que não foram infectadas pelo HIV. Mesmo quando uma parcela das mães destas 66 crianças compareceu às consultas do pré-natal de forma irregular (n=23) ou apresentava histórico de má adesão ao tratamento, não houve infecção pelo HIV nestas crianças. Ainda que de forma irregular, o pré-natal proporcionou o diagnóstico de 29 gestantes, possibilitando o início do tratamento. Em relação às mães com histórico de má adesão, foi utilizada a Nevirapina como profilaxia no recém-nascido.

Os resultados da pesquisa indicam que um acompanhamento clínico rigoroso das gestantes soropositivas e de seus bebês pode reduzir a transmissão vertical do HIV. Para isso, são necessárias ações que orientem a importância de a gestante ter um pré-natal completo e realizar adequadamente o tratamento. O ideal seria ampliar o diagnóstico de mulheres HIV positivas para que medidas fossem tomadas antes da gestação, até porque a infecção pelo HIV não interfere na trajetória reprodutiva de muitas mulheres e um diagnóstico precoce permite o planejamento familiar e escolha de providências mais seguras para a gestação.

Uma outra ação que poderia ser realizada é o teste da sorologia do parceiro da mulher. A presente pesquisa observou que muitas gestantes não sabiam do diagnóstico do parceiro, o que é muito importante tanto para profilaxia na gestação quanto para evitar que ou a mulher ou o homem se infectem pelo HIV. A revelação mútua (entre parceiros) dá a chance de o casal tomar decisões sobre seus próprios riscos, incentivar o tratamento e a profilaxia a transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E. *et al.* **Prevalence of HIV and Treponema pallidum infectious in pregnant women in Campinas and their association with socio-demographic factors.** São Paulo: Medical Journal, 1996.

ARAÚJO, M.A.L.; FARIAS, F.L.R; RODRIGUES, A. V. B. **Aconselhamento pós-teste anti-HIV: Análise à luz de uma teoria humanística de enfermagem.** [S.L.]: Escola Ana Nery de Enfermagem, 2006.

BARBOSA, R.; KNAUTH, D. R. **Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre.** [S.L.]: Caderno de Saúde Pública, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Informe Técnico Institucional. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. [S.L.]: **Revista de Saúde Pública**, 2011.

BRASIL. **São Paulo elimina a transmissão do HIV de mãe para bebê.** [S.L.]. 2019. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/sao-paulo-elimina-transmissao-do-hiv-de-mae-para-bebe>. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRITO, A.M, *et al.* Tendências da Transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. [S.L.]: **Revista de Saúde Pública**, 2006.

CAVALCANTE, M. S. *et al.* **Transmissão Vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a Situação Epidemiológica em uma Capital do Nordeste.** [S.L.]: RBGO, 2004.

EID, A. P. *et al.* Maternidade e projetos vitais em jovens infectadas com HIV por transmissão vertical. [S.L.]: **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales**, 2014.

FARIAS, J. P. Q. *et al.* Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. [S.L.]: **Revista Brasileira de Ginecologia**, 2009.

FERNANDES, R. C. S. C. *et al.* O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. [S.L.]: **Cadernos de Saúde Pública**, 2005.

FROTA, M. A. *et al.* Cuidado à criança com HIV: percepção do cuidador. Maringá: **Acta Scientiarum**, 2012.

GUILHERME, C. F. C. *et al.* Transmissão vertical do HIV: informações das gestantes atendidas em uma maternidade pública de Goiânia-GO. [S.L.]: **Revista eletrônica de Enfermagem**, 2000. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista2_2/gestante.html. Acesso em: 08 jul. 2020.

- KONOPKA, C. K. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do Brasil. [S.L.]: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2010.
- KOZINETZ, C. A.; CRANE, M. F.; REVERS, R. R. **Pediatric HIV infection and AIDS: epidemiology**. [S.L.]: Seminars of Pediatric Infectious Diseases, 1990.
- LANDRONI, M. A. S. **AIDS e gravidez: desafios para o cuidado nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2004.
- LEMOS, L. M. D. *et al.* Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. [S.L.]: **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2005.
- MOFENSON, L. M. **Public Health Service Task Force** – Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant woman infected with HIV-1 for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. [S.L.]: MMWR Recomm Rep, 2006.
- MOURA, E. L.; PRAÇA, N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. [S.L.]: **Revista latino-americana de Enfermagem**, 2006.
- ORTIGÃO, M. B. AIDS em Crianças: Considerações Sobre a Transmissão Vertical. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 1995.
- PASSOS, M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.
- RAIMUNDO, S.M.; YANG, H.M.; VENDITE, L.L. **Dinâmica da Transmissão Vertical do HIV e a Idade Reprodutiva das Adolescentes**. [S.L.]: Tendências em Matemática Aplicada e Computação, 2002.
- ROUSSEAU, M. C. *et al.* **Association of levels of HIV-1-infected breast milk cells and risk of mother-to-child transmission**. [S.L.]: The Journal of infectious diseases, 2004.
- SILVA, N. E. K.; ALVARENGA, A. T.; AYRES, J. R. C. M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. [S.L.]: **Rev Saúde Pública**, 2006.
- SILVA, M. M. G. *et al.* **Características das gestantes infectadas pelo HIV, de acordo com o momento do seu diagnóstico**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
- TORRES, S. R.; LUZ, A. M. H. Gestantes HIV + e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. Porto Alegre: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2007.
- VERMELHO L.L. *et al.* Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. [S.L.]: **Cadernos de Saúde Pública**, 1999.
- VIEIRA, A. C. B. *et al.* Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. [S.L.]: **Revista de Saúde Pública**, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV/AIDS**. WHO. Geneva. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Acesso em: 22 nov. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mother-to-child transmission of HIV**. WHO. Geneva. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/about/en/#>. Acesso em: 22 nov. 2019.
- WIETHÄUPER, F. S. *et al.* AIDS em gestantes: possibilidade de reduzir a transmissão vertical. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2003.
- YOSHIMOTO C.E.; DINIZ E.M.A.; VAZ F.A.C. Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas. [S.L.]: **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2005.