

Relatório DOCxWEB: https://www.docxweb.com

Título: perfil epidemiológico

Data: 17/07/2020 13:51

Usuário: Bruna Luísa Czapla

Email: czaplal@gmail.com

WEB

Ajuda

Autenticidade em relação a INTERNET

Autenticidade Calculada: **94 %**

Autenticidade Total: 93 %

Ocorrência de Links

Ocorrência Fragmento

2%	https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006
1%	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elimizacao_transmissao_vertical_hiv.pdf
1%	https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142
1%	https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/
1%	http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Texto Pesquisado

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

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

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 orçamentária, 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.

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).

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).

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 obteve 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).

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).

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).

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.

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 d **a 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.

LEMONS, 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 infeccious 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.

Links por Ocorrência

Fragmento: [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006
<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf
<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/535/santosv2n2.pdf>
http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/hiv_aids_perguntas.pdf
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85322/WHO_HIV_2013.7_por.pdf;sequence=14

Fragmento: [em comum mães infectadas pelo HIV](#).

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021

Fragmento: [a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [a transmissão vertical do HIV é](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142
<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf
<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/umuarana-no-parana-recebe-certificacao-de-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv>

Fragmento: [Acquired Immunodeficiency Syndrome](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021
http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/hiv_aids_perguntas.pdf

Fragmento: [à exposição dos indivíduos ao HIV](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [Por fim, as intervenções estruturais remetem](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [infantil foi reportada, pela primeira vez,](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021

Fragmento: [tais pacientes apresentavam, em comum, mães infectadas pelo HIV](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021

Fragmento: [HIV em gestante, parturiente ou puérpera e em criança exposta ao risco de](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [na programação orçamentaria, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos,](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [pode ser reduzida para menos de 2% com](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [medidas eficazes de prevenção \(WHO,](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [para prevenir a transmissão vertical](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

Fragmento: [no primeiro trimestre da gestação\),](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Fragmento: [a eliminação da transmissão vertical](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [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,](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [5.000 cópias/mL ou sorologia para HIV reagente e DNA pró-viral detectável](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [A Certificação da Eliminação da](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [uma estratégia do Ministério da Saúde para fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde.](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [mais de 100 mil habitantes e que atendam](#)

URLs:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/umuarana-no-parana-recebe-certificacao-de-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv>

Fragmento: [Organização Mundial da Saúde \(OMS\)](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/hiv_aids_perguntas.pdf

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85322/WHO_HIV_2013.7_por.pdf;sequence=14

Fragmento: [de Eliminação da Transmissão Vertical](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [de Doenças Infecto Parasitárias](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

Fragmento: [Vírus da Imunodeficiência Humana,](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/hiv_aids_perguntas.pdf

https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170118174005bcped_05_03_a03.pdf

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85322/WHO_HIV_2013.7_por.pdf;sequence=14

Fragmento: [maiores e adolescentes, por via sexual ou uso de drogas endovenosas. Este percentual](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021

Fragmento: [adequadamente durante o pré-natal,](#)

URLs:

https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170118174005bcped_05_03_a03.pdf

Fragmento: [o nascimento de uma criança saudável.](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Fragmento: [sobre a importância da testagem](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

Fragmento: [os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Fragmento: [idealmente, na primeira consulta](#)

URLs:

http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/3.1-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Pre-natal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem-nascido-_Fluxogramas.pdf

Fragmento: [no início do terceiro trimestre](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

Fragmento: [não é necessário aguardar o resultado](#)

URLs:

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

Fragmento: [antirretroviral para avaliar a resposta ao tratamento,](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

Fragmento: [risco de transmissão vertical do HIV é](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/hiv_aids__perguntas.pdf

Fragmento: [de antirretrovirais durante a gestação](#)

URLs:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1108363/PRO.NEO.029 - ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE SOROPOSITIVA PARA O VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA.pdf/323f5dd9-77d2-471c-8656-66740ce185a7>

Fragmento: [durante o trabalho de parto ou no](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

Fragmento: [o início do trabalho de parto ou](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

Fragmento: [É muito comum, após o parto, haver diminuição da adesão da mulher](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

Fragmento: [da mulher com HIV no puerpério \(salvo em situações especiais\) é igual ao de qualquer outra mulher,](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

Fragmento: [entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto.](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

Fragmento: [a inibição da lactação deve ser realizada](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [Todas as crianças nascidas de mães](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [devendo ser mantido durante as primeiras](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

Fragmento: [meses e, no mínimo, bimestral a partir do](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [informações sobre as formas mais](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

Fragmento: [sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

Fragmento: [foram agrupadas por faixas etárias:](#)

URLs:

<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/535/santosv2n2.pdf>

Fragmento: [da transmissão heterossexual do](#)

URLs:

http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/hiv_aids__perguntas.pdf

Fragmento: [quando avaliadas as formas de exposição ao vírus HIV](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [do diagnóstico da infecção pelo vírus](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1108363/PRO.NEO.029 - ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE>

[SOROPOSITIVA PARA O VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA.pdf/323f5dd9-77d2-471c-8656-66740ce185a7](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.1-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Pre-natal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem-nascido-_Fluxogramas.pdf)

http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.1-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Pre-natal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem-nascido-_Fluxogramas.pdf

Fragmento: [o conhecimento das gestantes sobre transmissão](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

Fragmento: [aumento da prevalência do HIV nas mulheres,](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [incluem o uso da Zidovudina \(AZT\) na gestação](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [toda gestante infectada pelo HIV deve](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.1-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Pre-natal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem-nascido-_Fluxogramas.pdf

Fragmento: [para que medidas profiláticas da transmissão vertical possam ser](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [mais forte e independente para esse tipo de](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [para a redução da transmissão vertical](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transm_vertical.pdf

Fragmento: [a importância de um pré-natal adequado](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [taxas de transmissão materno infantil](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [do diagnóstico de infecção por HIV](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Fragmento: [O início tardio do pré-natal, após o primeiro trimestre da gestação,](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [uma barreira para a prevenção da transmissão](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [obstétricas foram pouco frequentes.](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [na população de gestantes não soropositivas](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [do que ocorre em gestantes não-portadoras de HIV](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [Complicações neonatais foram encontradas](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [Biologicamente, a transmissão do](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021

Fragmento: [para profilaxia da transmissão vertical](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Fragmento: [Ministério da Saúde recomenda a](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

Fragmento: [nas primeiras 4 horas após o nascimento preferencialmente ainda na sala](#)

URLs:

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [mas carga viral desconhecida ou acima](#)

URLs:

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1108363/PRO.NEO.029 - ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE SOROPOSITIVA PARA O VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA.pdf/323f5dd9-77d2-471c-8656-66740ce185a7>

Fragmento: [com resultado reagente no momento do](#)

URLs:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

Fragmento: [Cerca de 65% dos casos de transmissão vertical](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

Fragmento: [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](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [depois do nascimento, cujo resultado seja superior a 5.000 cópias/mL ou sorologia](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [não houve aderência por parte da mãe ao uso](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [pode reduzir a transmissão vertical](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transm_vertical.pdf

Fragmento: [BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Fragmento: [Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV. Brasília:](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas](#)

URLs:

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

Fragmento: [da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [Eliminação da transmissão vertical](#)

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [da Transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil.](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [da transmissão vertical do HIV no](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/umuarama-no-parana-recebe-certificacao-de-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv>

Fragmento: [clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

Fragmento: [Pediatric HIV infection and AIDS: epidemiology.](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021

Fragmento: [of Pediatric Infectious Diseases,](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021

Fragmento: [al. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS.](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1108363/PRO.NEO.029 - ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE SOROPOSITIVA PARA O VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA.pdf/323f5dd9-77d2-471c-8656-66740ce185a7>

Fragmento: [Health Service Task Force – Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

Fragmento: [health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission](#)

URLs:

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf

<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1108363/PRO.NEO.029 - ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE SOROPOSITIVA PARA O VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA.pdf/323f5dd9-77d2-471c-8656-66740ce185a7>

Fragmento: [vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. \[S.L.\]: Revista latino-americana de Enfermagem,](#)

URLs:

<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/535/santosv2n2.pdf>

Fragmento: [da Transmissão Vertical do HIV e a](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006

https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/download/116_937cf4a72013e2f3d1d46bcbd8e8e142

<https://central3.to.gov.br/arquivo/249353/>

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_HIV_CriançasAdolescentes_CP24_2017.pdf
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Fragmento: [das gestantes infectadas pelo HIV,](#)

URLs:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006
<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/535/santosv2n2.pdf>

Fragmento: [estudo epidemiológico da notificação](#)

URLs:

<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/535/santosv2n2.pdf>

Fragmento: [ORGANIZATION. Mother-to-child transmission of](#)

URLs:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia Eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

Fragmento: [de reduzir a transmissão vertical.](#)

URLs:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

Relatório DOCxWEB: <https://www.docxweb.com>