



REVISÃO / REVIEW / REVISIÓN

## Challenges faced in the decrease of vertical transmission rates of human immunodeficiency virus

Desafios enfrentados na diminuição das taxas de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana  
Desafíos enfrentados en menores tasas de transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana

Gliccia Morguethe Vieira Rego<sup>1</sup>, Kaliny Mendes Melo<sup>2</sup>, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim<sup>3</sup>, Doralene Maria Cardoso de Aquino<sup>4</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze according to the productions found what resources and actions are available to prevent vertical transmission of human immunodeficiency virus (HIV). **Method:** integrative review. Raised articles published in the period from 2010 to 2016, in the databases CAPES / MEC, LILACS, SCIELO, Google Acadêmico. Final sample composed of twelve articles. **Results:** most of the studies were published in 2010, 6 studies corresponding to 50% of publications. The Southeastern region received the highest number of publications, with 6 publications in the southeast, with 3 publications in Rio de Janeiro. An article evaluated all Brazilian regions. Regarding the type of study 58.33% (7) were descriptive 25% (3) Transverse Analytical, 8.3% (1) Analytical of the Cohort type and 8.3% (1) Ecological and Exploratory. Regarding the participants in the studies: (3) pregnant women were published, (2) they studied the mother-child binomial, (2) they studied postpartum women, (2) HIV-infected women, (1) pregnant women and infected children By vertical transmission (1) studied implantation of the project to be born in maternity wards and (1) followed the entire gestation. **Conclusion:** a number of challenges have been encountered to ensure adherence to conduct designed to prevent vertical transmission

**Descriptors:** HIV. Children. Vertical Transmission.

### RESUMO

**Objetivo:** analisar de acordo com as produções encontradas quais recursos e ações estão disponíveis para prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Método:** revisão integrativa. Levantados artigos publicados no período de 2010 a 2016, nas bases de dados CAPES/MEC, LILACS, SCIELO, Google Acadêmico. Amostra final composta por doze artigos. **Resultados:** a maioria dos estudos foram publicados em 2010, 6 estudos que corresponde a 50% das publicações. A região Sudeste foi a que obteve maior número de publicação, sendo local de 6 publicações, no sudeste destaque para o Rio de Janeiro com 3 publicações. Um artigo avaliou todas as regiões brasileiras. Em relação ao tipo de estudo 58,33% (7) eram descritivos, 25% (3) Analítico Transversal, 8,3% (1) Analítico do tipo Coorte e 8,3% (1) Ecológico e Exploratório. Em relação aos participantes dos estudos: (3) publicações tiveram como público alvo as gestantes, (2) estudaram o binômio mãe-filho, (2) estudaram as puérperas, (2) mulheres infectadas pelo HIV, (1) gestantes e crianças infectadas por transmissão vertical (1) estudou implantação do projeto nascer nas maternidades e (1) acompanhou toda a gestação. **Conclusões:** foi encontrado vários desafios para que ocorra uma devida adesão as condutas que visem impedir a transmissão vertical.

**Descritores:** HIV. Crianças. Transmissão Vertical.

### RESUMÉN

**Objetivo:** analizar la producción de acuerdo con el encontrado con qué recursos y acciones están disponibles para la prevención de la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). **Método:** revisión integrada. Artículos publicados planteadas 2010-2016 em las bases de datos CAPES/MEC, LILACS, SciELO, Google Acadêmico. Muestra final compone de doce artículos. **Resultados:** la mayoría de los estudios se publicaron en 2010, seis estudios que corresponde al 50% de las publicaciones. La región Sudeste fue la que obtuvo el mayor número de publicación local y 6 publicaciones em el énfasisen el sudeste de Río de Janeiro con 3 postes. Un artículo evalúa todas las regiones de Brasil. Em cuanto al tipo de estudio 58,33% (7) fueron descriptiva, 25% (3) Sección Analítica, 8.3% (1) Tipo de Analítica de cohortes y el 8,3% (1) Exploración y verde. Encuanto a los participantes em el estudio: (3) publicaciones tenían como objetivo las mujeres embarazadas, (2) el estudio de la madre y el niño, (2) estudiaron las madres, (2) las mujeres infectadas por el VIH, (1) mujeres embarazadas y niños infectados por transmisión vertical (1) estudiaron la ejecución del proyectonacidos em las maternidades y (1) seguido durante todo el embarazo. **Conclusiones:** encontramos una serie de retos que se produzca uno conductos de membros debido diseñados para prevenir la transmisión vertical.

**Descriptor:** VIH. Niños. Transmisión Vertical.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: [glicciamorguethe@hotmail.com](mailto:glicciamorguethe@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: [kaliny.mendes01@gmail.com](mailto:kaliny.mendes01@gmail.com)

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal do Ceara. Professora da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: [leticiaaprolim@yahoo.com.br](mailto:leticiaaprolim@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: [dmcaquino@gmail.com](mailto:dmcaquino@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Vivemos a terceira década do surgimento do HIV/Aids, e o acesso no campo da aids no Brasil encontra-se formalmente em sintonia com os princípios que regem o SUS, através de tratamentos antirretroviral com alcance universal para os usuários portadores do HIV. Apesar da disponibilidade de uma série de ferramentas comprovadas de prevenção, o controle da epidemia de HIV continua sendo um desafio<sup>(1-2)</sup>.

A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV em crianças. Estudos evidenciam que em cerca de 65% dos casos, a transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e no parto, enquanto que a transmissão intraútero corresponde a 35% e que o aleitamento materno aumenta o risco de transmissão vertical do HIV em torno de 7% a 22%<sup>(3)</sup>.

Segundo a Portaria Ministerial nº 2.325/03, é obrigatória a notificação de todas as gestantes HIV positivas e de todas as crianças, filhas de mães soropositivas ou que tenham sido amamentadas por mulheres HIV positivas<sup>(4)</sup>.

O Ministério da Saúde destaca que legislação, tecnologia e insumos para a redução da transmissão vertical do HIV já existem e são disponibilizados. No entanto, os dados epidemiológicos não são satisfatórios. Como estratégia, foi lançada em 2003, o Projeto Nascer, que tem como intuito principal o acolhimento, o aconselhamento e testagem rápida para HIV nas parturientes que não foram avaliadas no pré-natal. Estas constituem uma das estratégias de ampliar o acesso das gestantes ao diagnóstico da infecção<sup>(5)</sup>.

Nessa dimensão questões podem ser apontadas: Que recursos e ações estão disponíveis atualmente para prevenção da transmissão vertical de HIV? Qual a produção científica existente sobre a temática? Buscando respostas a estas questões é que nos propomos a desenvolver este estudo com os objetivos de realizar levantamento bibliográfico de estudos realizados que tiveram como objeto de investigação a prevenção de transmissão vertical e os desafios para a adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV e apresentar os pressupostos teóricos e metodológicos das pesquisas analisadas.

## METODOLOGIA

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica<sup>(6)</sup>, possibilitando a sumativa de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos<sup>(7)</sup>. A revisão integrativa em questão foi desenvolvida em seis etapas<sup>(8)</sup>.

A primeira etapa consiste no “estabelecimento da questão de pesquisa”: Quais são os desafios para a adesão e para não adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV enfrentados no Brasil?

A segunda etapa é a “busca e amostragem”. Para tanto é necessário falar que o período para coleta de dados foi de junho de 2016. A busca foi direcionada

para as publicações indexadas nas seguintes bases de dados: artigos publicados nas bases de dados CAPES/MEC, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico. Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por entender que atingem uma vasta literatura publicada nos países da América Latina e Caribe.

Foi utilizado como palavras-chave: “transmissão vertical”, “HIV”, “AIDS” apenas dos anos de 2010 a junho 2016, por nesse período ocorrer um maior número de publicações a respeito do tema. Os critérios de inclusão foram: estudos relacionados ao tema proposto publicadas em português, em formato de artigos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não fossem disponíveis na íntegra; que não respondessem a questão proposta, utilizassem língua estrangeira ou que não se encontrem no período de tempo apresentado.

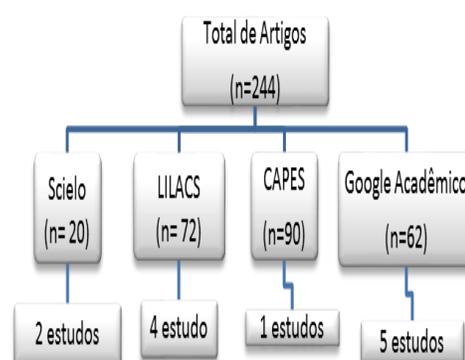
Na terceira etapa - “categorização dos estudos” -, foram organizadas e sumarizadas as informações através de instrumento para coleta dos dados, contemplando as variáveis: ano de publicação, estado, autor(es), título, periódico, objetivos do estudo, tipo de estudo, público alvo e conclusões afim de facilitar a síntese destes artigos.

A quarta etapa - “avaliação dos estudos” - constou da análise crítica dos artigos com base na leitura atenta dos textos na íntegra comparando-se os principais dados dos estudos registrados na Tabela 01. A quinta etapa foi onde se realizou a “interpretação dos resultados”, observando os pontos em comum e pontos que destoavam nos artigos. Por fim, a sexta etapa - “síntese do conhecimento” abordado na discussão do trabalho, possibilitou reunir e sintetizar como está sendo realizada nos anos de 2010 até junho de 2016 a adesão a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

## RESULTADOS

Foram encontrados 244 artigos sobre a temática, destes 12 artigos foram selecionados para fazerem parte do estudo. As publicações foram selecionadas através dos critérios de inclusão previamente estabelecidos, sendo excluídos aqueles que não contemplavam o objetivo. Os artigos encontrados foram publicados na íntegra, em língua Portuguesa. A busca foi feita utilizando palavras-chaves associadas (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa



Fonte: Próprio autor

A maior parte dos estudos foi publicada no ano de 2010, 6 estudos o que corresponde a 50% das publicações. A região Sudeste foi a que obteve maior número de publicação, sendo o local de estudo de 6 publicações, dentre o sudeste destaque para o Rio de Janeiro com 3 publicações. Um artigo avaliou todas as regiões do território brasileiro.

Em relação ao tipo de estudo 58,33% (7) eram descritivos 25% (3) eram Analítico, do tipo Transversal, 8,3% (1) era Analítico do tipo Coorte e 8,3% (1) Ecológico e Exploratório. Em relação aos participantes dos estudos: (3) publicações tiveram como público alvo as gestantes, (2) estudaram o binômio mãe-filho, (2) estudaram as puérperas, (2) mulheres infectadas pelo HIV, (1) estudou as gestantes e algumas crianças infectadas por transmissão vertical (1) estudou a implantação do projeto nas maternidades e (1) acompanhou toda a gestação.

## DISCUSSÃO

### Características da população

Em relação a escolaridade notamos que a maioria das mulheres estudadas possuíam baixa escolaridade<sup>(9-15)</sup>. No estudo<sup>(14)</sup> nem todos os registros dos casos apresentavam informações sobre escolaridade (37,2%), 41 mulheres (47,6%) estudaram entre 4 e 7 anos, 26 (30,3%) de 8 a 11 anos e 8 (9,3%) eram analfabetas. Por esse viés, o fato de não ter acesso aos dados de todas as participantes da pesquisa, pode trazer desconfianças.

Quanto ao perfil da população estudada, verificou-se que a que a maioria era jovem, em idade fértil (< 30 anos)<sup>(10-15,17)</sup>.

Com relação a raça, as mais suscetíveis foram as de cor parda<sup>(10,14)</sup>. No quesito ocupação, o estudo<sup>(13)</sup> identificou que mais de dois terços das entrevistadas não estavam trabalhando ou exercendo uma atividade no momento da inclusão no estudo<sup>(2,6)</sup>.

As mulheres solteiras foram as mais atingidas pelo vírus<sup>(10,15)</sup>. Na temática renda, houve variação em torno de um salário mínimo<sup>(9,15)</sup>. Estudo revelou que há maior ocorrência de crianças infectadas pelo HIV nos bairros com qualidade urbana mais baixa, devendo esses serem priorizados quanto às ações para redução da transmissão vertical<sup>(14)</sup>.

### Fatores de proteção da criança à transmissão vertical

O conhecimento do risco de Transmissão Materno-infantil (TMI) foi um fator que induziu a melhoria da adesão a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Segundo três estudos o conhecimento sobre o risco da TMI do HIV e a sua prevenção foi detido pela maior parte das gestantes<sup>(11,15,20)</sup>. No estudo<sup>(15)</sup> as entrevistadas identificaram as principais medidas profiláticas, como a realização do parto cesárea e a não amamentação, revelando um conhecimento básico sobre o assunto.

Foram citados como fatores que influenciam na adesão ao pré-natal o apoio do parceiro e da família, laqueadura tubária como motivação para o pré-natal

(como parte de uma política para a obtenção das autorizações exigidas para a realização da laqueadura), acolhimento por parte dos profissionais de saúde e experiências positivas de organização da assistência (gestante tem atendimento prioritário por exemplo)<sup>(9)</sup>.

Saber ser soropositivas para HIV antes de engravidar permite a mulher começar a profilaxia ainda no primeiro trimestre da gestação. A maioria das mulheres estudadas já conhecia sua sorologia<sup>(9,11-12,18)</sup>. A cesariana eletiva foi a via de via de parto preferencial<sup>(10-11,13,17-18)</sup>. Como indicado pelo Ministério da Saúde no Manual Técnico da Gestação de Alto Risco, a cesariana eletiva é recomendada nos casos de não realizarem profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação, que usaram apenas monoterapia com AZT ou que tenham sua carga viral, com 34 semanas ou mais de gestação, desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml<sup>(3)</sup>.

Os achados evidenciaram que a maioria das mulheres diagnosticadas com HIV positivo recebeu o AZT conforme preconizado<sup>(12,16,18,20)</sup>. Assim como o AZT xarope que foi administrado conforme o recomendado<sup>(13,18,20)</sup>.

Em relação a rotura de membranas 96,7% das mulheres tiveram a criança em menos de quatro horas após a rotura de suas membranas amnióticas, inclusive por cesariana. Este resultado demonstra a proteção em relação aos elementos anexiais, uma vez que estes estão entre aqueles que potencialmente aumentam a transmissão do HIV<sup>(16)</sup>.

Entre medidas para impedir a transmissão vertical, temos a não amamentação de mães previamente diagnosticadas como HIV positivas<sup>(20)</sup>. Os resultados mostram que há uma tendência para uma maior porcentagem de crianças amamentadas entre o grupo de crianças infectadas<sup>(16)</sup>. Em relação ao uso de fórmula infantil, 91% RNs o fizeram.

No que diz respeito a notificação compulsória das gestantes com HIV positivo e crianças expostas ocorreu nas maternidades de forma satisfatória<sup>(20)</sup>.

### Fatores que influenciam negativamente a transmissão vertical

A falta de conhecimento por algumas portadoras do HIV sobre a TMI. 40% das participantes da pesquisa demonstraram dúvidas e pouco conhecimento<sup>(19)</sup>.

No que se refere às posturas dos profissionais sobre as questões reprodutivas, dois estudos relataram a influência da equipe como um fator negativo na adesão a profilaxia<sup>(9,15)</sup>. No estudo<sup>(15)</sup> realizado com oito mulheres soropositivas ao vírus HIV 70% das mulheres entrevistadas afirmaram que o tema da maternidade nunca foi abordado em seus acompanhamentos terapêuticos. Na visão destas mulheres os profissionais de saúde encaram a reprodução como fator potencial para disseminação da infecção pelo HIV, dessa forma tendem a não incentivar e mascarar como algo negativo e motivo de culpabilização.

Tabela 1 - Características dos estudos incluídos

Autores	Ano	Local	Método	Participantes	Resultados
Darmont, M. Q.R. et al.	2010	RJ	Analítico, Transversal	40 puérperas com HIV +	As barreiras de acesso ao pré-natal enfrentadas pelas gestantes incluem a marcação da consulta, o déficit na captação precoce da gestante na comunidade e a não priorização do atendimento à gestante.
Santos, F.S. et al.	2010	MA	Descritivo	111 gestantes HIV positivas ou portadoras de AIDS e 117 crianças soropositivas ou portadoras de AIDS	A maioria das crianças era do sexo masculino, nascidos de parto cesárea, com idade variando de 1 a 3 anos, cujas mães realizaram o pré-natal no ambulatório do HRMI, realizaram a terapia antirretroviral também estendida para as crianças até 42 dias de vida
Santos, E.M. et al.	2010	RR, AP, PI, CE, PB, PE, AL, BA, MG, ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS, GO DF.	Analítico, Transversal	Foram incluída no estudo trinta maternidades. Em cada uma delas foram estudadas um total de 50 gestantes.	Das maternidades investigadas, 67% possuíam kit para testes rápidos anti-HIV e AZT (IV e xarope) disponíveis. No estudo retrospectivo identificou-se 324 parturientes soropositivas para o HIV, 18% não medicadas com AZT IV e 7% não tendo seus bebês medicados
Fernandes, R.C.S.C. et al.	2010	RJ	Analítico, Coorte	78 binômios, gestantes com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV e seus bebês	Sendo de 7,7% a taxa de transmissão materno-infantil do HIV. As variáveis que mostraram associações estatisticamente significantes com a transmissão materno-infantil do HIV foram: a não utilização de antirretrovirais para profilaxia ou tratamento na gestação e o diagnóstico materno após a gestação.
Lana, F.C.F.; Lima, A.S.	2010	MG	Descritivo	Gestantes inseridas nos bancos de dados SISPRENATAL e SINAN	O envolvimento dos gestores e a capacitação dos profissionais envolvidos é essencial para o correto direcionamento de ações que possibilitem a prevenção efetiva da transmissão vertical do HIV.
Lima, C.T.D. et al.	2010	CE	Descritivo	22 gestantes com HIV positivo atendida em uma das maternidades de referência	As maternidades investigadas seguem as orientações do MS quanto: uso de teste rápido, escolha do tipo de parto, profilaxia com AZT intravenoso, inibição da lactação e cuidados imediatos aos recém-nascidos
Vieira, A.C.B.C. et al.	2011	ES	Ecológico e Exploratório	137 gestantes e 14 crianças infectadas por transmissão vertical	Um total de 137 gestantes e 14 crianças infectadas por transmissão vertical foi notificado no período. Sete crianças correspondiam a mães HIV-positivas sem notificação de caso no período analisado. A prevalência de infecção em gestantes no período foi de 0,44% e a taxa de transmissão vertical foi de 9,7%.
Leal, A.F.; Roese, A.; Sousa, A.S.	2012	RS	Descritivo	Cinco mulheres que tem filhos portadores de HIV com idade de até 13 anos	O principal fator que põe obstáculos a realização de medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV foi a omissão do pessoal de saúde de solicitar a prova do HIV.
Teixeira, S.V.B. et al.	2013	RJ	Descritivo	Oito (8) mulheres soropositivas ao vírus HIV	A decisão reprodutiva das mulheres soropositivas ao HIV deve ser valorizada durante o atendimento para que estas possam decidir sua vida de forma consciente, democrática e emancipatória
Rodrigues, S.T.C.; Vaz, M.J.R.; Barros, S.M.O.	2013	AL	Analítico, Transversal	102 prontuários de mulheres com HIV que deram à luz a recém-nascidos vivos	A ocorrência de transmissão vertical do HIV no serviço de referência correspondeu a 6,6%, o que indica uma alta prevalência.

Lenzi, L. et. al.	2013	PR	Descritivo	37 gestantes HIV positivas	A taxa de TV foi de 2,8%. O valor médio da carga viral apresentado pelas gestantes durante o período gestacional foi de 4.144,6 cópias/mL de sangue e a contagem média de Linfócitos T-CD4+ foi de 561,6 células/mm3. As gestantes com maiores percentuais de adesão apresentaram as maiores contagens de LT-CD4+.
Souza, C.P. et. al.	2016	MG	Descritivo	33 gestações acompanhadas no serviço	Das 33 gestações acompanhadas no serviço, 60,6% (20) conheciam o diagnóstico antes da gravidez e 39,4% (13) o obtiveram durante o pré-natal. No primeiro grupo não houve transmissão vertical, enquanto que no segundo houve um caso, 8%

O Ministério da Saúde preconiza um número mínimo de seis consultas pré-natal, o que ainda não é realidade. No estudo<sup>(9)</sup> das 40 entrevistadas, 12 não tiveram nenhuma consulta de pré-natal, 20 tiveram de 1 a 5 consultas, e oito tiveram 6 consultas ou mais. Fato interessante apresentado por esse estudo foi que no grupo de mulheres que não realizou pré-natal, predominaram as pacientes múltiparas ( $\geq 2$  partos<sup>(9)</sup>). Resultados similares foram encontrados por<sup>(13)</sup> onde o registro do pré-natal estava presente em todos os prontuários das gestantes, entretanto o número de consultas predominantes foi de quatro a seis (50%).

Outro aspecto encontrado foi o início tardio do pré-natal. Os resultados de um estudo mostra que 9,8% das gestantes não realizou o pré-natal; das 82,3% que fizeram pré-natal, 28,4% iniciaram o pré-natal durante o segundo trimestre, e 30,4% durante o terceiro trimestre, logo, e a maioria falhou no quesito diagnóstico precoce e início prévio da profilaxia antirretroviral<sup>(16)</sup>.

A falta de planejamento familiar trouxe dificuldade de aceitar o fato de estar grávida. A gravidez surpreendeu a maioria das mulheres (34 em 40) que não planejavam engravidar<sup>(9)</sup>.

O apoio do parceiro foi um quesito muito referido, pois quando indagadas sobre a reação do parceiro à gestação, 18 das 40 entrevistadas disseram que não tiveram o apoio do parceiro ao contar que estavam grávidas<sup>(9)</sup>.

Um grande número de mulheres só conhece sua soropositividade no pré-natal<sup>(11-13,18,19)</sup>. Isso fica claro no estudo<sup>(18)</sup> onde 39,4% (13/33 gestações) foram de mulheres que obtiveram o diagnóstico positivo para o HIV durante o pré-natal. Dentre elas, 53,8% (sete/13 gestantes) foram diagnosticadas no segundo trimestre, 38,5% (cinco/13 gestantes) no terceiro, e 7,7% (uma/13 gestantes) na sala de pré-parto. Alguns diagnósticos referentes ao HIV ocorreram na sala de parto e no pós-parto<sup>(11-13,18)</sup>, o que está relacionado a maiores taxas de TMI.

A realização de teste rápido para o HIV nas maternidades aconteceu na maioria das gestantes<sup>(15,18)</sup>. A realização do teste rápido seguia o procedimento operacional padrão (POP) em 73% das maternidades, mas em apenas 23%, o POP foi apresentado por escrito ou estava afixado em local visível, no entanto os 419 registros de mulheres testadas demonstrou que estas foram testadas apenas no momento do parto (56%)<sup>(20)</sup>.

Em relação a via de parto, apenas 4 mulheres realizaram cirurgia cesariana, quando no geral, os valores de carga viral (CV) foram indetectáveis em 60,7% das gestantes (17/28), ou seja,  $\leq 50$  cópias/mL, que é o limite mínimo para detecção; em 17,9% (cinco/28 gestantes) os valores foram  $\leq 1000$  cópias/mL. Tais valores são compatíveis com o parto por via vaginal, como o autor não discriminou outro fator que contraindicasse essa via acreditamos que a cirurgia cesariana tenha sido escolhida por comodidade dos envolvidos no trabalho de parto da gestante<sup>(18)</sup>. Em outro estudo a operação cesariana foi a via de parto mais utilizada, sendo que 16 (72,7%) gestantes receberam essa indicação sem utilizar a carga viral como determinante de escolha para a mesma, pois não foram encontradas informações sobre a carga viral nos prontuários hospitalares<sup>(13)</sup>.

Os estudos comprovaram associação entre a baixa adesão a terapia antirretroviral durante o pré-natal e à transmissão vertical<sup>(11,16)</sup>. A não utilização de profilaxia durante o pré-natal foi verificada em 45,5% das gestantes<sup>(13)</sup>. Quanto ao início do tratamento somente 11,4% gestantes iniciaram o tratamento no primeiro trimestre gestacional, 62,8% iniciaram no segundo trimestre e 25,7% iniciaram o tratamento no terceiro trimestre gestacional<sup>(12)</sup>. Em relação ao período do pré-natal, o uso de terapia antirretroviral nos segundo e terceiro trimestres da gravidez (29,4% e 26,5%, respectivamente), mostrou uma baixa adesão à profilaxia. Agravam-se os números (18,6%) dessas mulheres grávidas que não fizeram profilaxia<sup>(16)</sup>.

Apesar da maioria das mulheres soropositivas receberam o AZT conforme preconizado, resultado divergente foi encontrado no estudo<sup>(13)</sup> onde, foi possível identificar que nove (40,9%) parturientes iniciaram o AZT intravenoso antes de três horas de internação, no entanto, duas (9,1%) só iniciaram o AZT após 24 horas de internação devido à espera de exames de HIV para confirmação de diagnóstico em um caso, e, em outro, o teste rápido só foi realizado após 27 horas de internação<sup>(13)</sup>.

No que diz respeito a dispensação de fórmula láctea infantil para filhos de mães sabidamente HIV positivas, foi verificada para um pouco mais da metade (51,7%) dos RN expostos, obtendo essa atividade o grau de implementação insatisfatório<sup>(20)</sup>.

A taxa de transmissão vertical do HIV observado no estudo variou de 3% à 9,7%<sup>(11,14,16-18)</sup>, com uma

média de 6,5%. Em uma coorte, foi constatada que a maior utilização da cesariana, a predominância da ruptura de membranas no momento do parto e o peso de nascimento igual ou superior a 2.500 g, estão relacionadas com menores taxas de transmissão vertical do HIV<sup>(11)</sup>. Nos estudos selecionados a alta incidência de casos de TMI foi justificada pela demora diagnóstica<sup>(11,17-18)</sup> e pela não adesão da mãe ao tratamento<sup>(10-11,17-18)</sup>.

Neste mesmo estudo a disponibilidade para o AZT injetável também foi de 67%. Já a disponibilidade do AZT xarope foi de 83%. A disponibilidade da fórmula infantil foi de 73%. Observou-se também que em 49,6% dos prontuários havia registro da testagem para o HIV realizado durante o pré-natal. Ou seja, insatisfatório<sup>(20)</sup>.

Das 142 observações do pré-parto realizadas, apenas 10,3% das parturientes receberam o aconselhamento em linguagem compreensível sobre a importância de realização do teste para HIV. As observações realizadas mostraram que apenas 13% das parturientes possuíam um acompanhante durante o momento que permaneceu no pré-parto. Portanto, para estas atividade o grau de implantação foi considerado crítico<sup>(20)</sup>.

No que diz respeito a notificação compulsória das gestantes com HIV positivo e crianças expostas entre os 324 prontuários analisados constatou-se que somente 60% deles haviam sido notificados<sup>(20)</sup>. O grau de implementação da ação de notificação foi insatisfatório.

## CONCLUSÃO

Foi encontrado vários desafios para que ocorra uma devida adesão as condutas que visem impedir a transmissão vertical. Entre esses desafios encontramos alguns que não deveriam existir, como a falha no pré-natal, a não realização do teste rápido para o HIV, cirurgias cesarianas desnecessárias, falhas na notificação e a falta de fórmula láctea infantil.

Esse tipo de falha por parte de quem deveria reduzir as taxas ao invés de contribuir para o seu aumento nos faz refletir que reformas e treinamentos a profissionais devem ser inseridos em programas do governo, afim de que as medidas preconizadas pelo MS tragam resultados significativos na diminuição da taxa de transmissão vertical, que neste estudo, encontra-se ainda com uma alta incidência.

Outra questão importante foi a falta de planejamento familiar, tanto das mulheres que já sabiam ser portadoras do vírus, quanto das que não sabiam, levando a um pré natal tardio, a uma descoberta tardia (das que não sabiam ser portadoras do vírus) e por fim ao retardo nos cuidados necessários e ao aumento das taxas de TMI.

## REFERÊNCIAS

1. Montaner JS, Lima VD, Harrigan PR, Lourenço L, Yip B, Nosyk B, et al. Expansion of HAART Coverage Is Associated with Sustained Decreases in HIV/AIDS Morbidity, Mortality and HIV Transmission: The “HIV

Treatment as Prevention” Experience in a Canadian Setting. PLoS ONE. 2014; 9(2):e87872.

2. Oliveira ADS, Nery IS. Mulheres que fazem sexo com mulheres: atitudes e práticas sobre prevenção ao HIV/AIDS. Rev Enferm UFPI. 2016; 5(3):10-17.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Técnica Ministerial nº 33/ GM, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Diário Oficial República; 2005.

5. Brasil. Ministério da Saúde . Projeto nascer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

6. Benefield LE. Implementing evidence-based practice in home care. Home Healthc Nurse. 2003; 21(12):804-11.

7. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

8. Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.

9. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. Cad Saúde Pública. 2010; 26(9):1788-96.

10. Santos FS, Neto MS, Reis VB, Teixeira CMS. Análise situacional da transmissão vertical do vírus HIV em serviço ambulatorial especializado em Imperatriz-MA. Ver Pesq Saúde 2010; 11(1):46-50.

11. Fernandes RCSC, Ribas GF, Silva DP, Gomes AM, Medina-Acosta E. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. J Pediatr (Rio J). 2010; 86(6):503-8.

12. Lana FCF, Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. Ver Bras Enferm. 2010; 63(4):587-94.

13. Lima CTD, Oliveira DR, Rocha EG, Pereira MLD. Manejo clínico da gestante com HIV positivo nas Maternidades de referência da região do Cariri. Esc Anna Nery. 2010; 14(3):468-76.

14. Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. Rev Saúde Pública. 2011; 45(4):644-51.

15. Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS, Moura, MAV. Mulheres soropositivas ao HIV: a decisão de engravidar. Rev Pesq Cuid Fundam. 2013; 5(1):3159-67.

16. Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2):158-64.

17. Lenzi L, Souza VR, Wiens A, Maciel KF, Neto JR, Pontarolo R. Adesão à terapia antirretroviral durante a gestação e sua relação com a efetividade na prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Biomedica Brasiliensia.* 2013; 4(2):12-20.

18. Souza CP, Piantino CB, Queiroz CA, Maia MAC, Fortuna CM, Andrade, RD. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. *J Res: Fundam Care Online.* 2016; 8(2):4526-37.

19. Leal AF, Roese A, Sousa AS. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças o positivas. *Invest Educ Enferm.* 2012; 30(1).

20. Santos EM, Reis AC, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". *Epidemiol Serv Saúde.* 2010; 19(3):257-69.

**Sources of funding:** No

**Conflict of interest:** No

**Date of first submission:** 2016/09/06

**Accepted:** 2016/01/10

**Publishing:** 2017/03/01

#### **Corresponding Address**

Gliccia Morguethe Viera Rego

Endereço: Universidade Federal do Maranhão,  
Avenida dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga

São Luís, Maranhão, Brasil. CEP: 65085-580

Telefone: (98) 98121-1735

E-mail: [glicciamorguethe@hotmail.com](mailto:glicciamorguethe@hotmail.com)

Universidade Federal do Maranhão, São Luís.