

Profilaxia da transmissão vertical do HIV: uma revisão de literatura

Prophylaxis of vertical HIV transmission: a literature review

Daiany Arruda Vasconcelos*

Farmacêutica, Centro Universitário
Maurício de Nassau, Fortaleza, Brasil.

Vivian Martins Miranda Borges**

Farmacêutica, Centro Universitário
Maurício de Nassau, Fortaleza, Brasil.
Email: vivianmatinsborges@gmail.com,
(85) 9 9920-4945.

Malena Gadelha Cavalcante***

Farmacêutica, Mestre e doutoranda
em Ciências Médicas. Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas.
Universidade Federal do Ceará (UFC),
Fortaleza. Docente da Faculdade
UNINASSAU, Centro Universitário de
Fortaleza (UNINASSAU), Fortaleza,
Ceará, Brasil

*daianyvasconcelos10@gmail.com
(85) 9 9900-8720.

** vivianmatinsborges@gmail.com
(85) 9 9920-4945.

***Autor correspondente:

Malena Gadelha Cavalcante

Rua Inês Dantas de Menezes, 333,
Castelão. Fortaleza-CE, Brasil.
CEP: 60.867-570.
malenagadelha@hotmail.com
(85) 99757.5761

Autores declaram não há conflitos de
interesses

Resumo: Os casos de AIDS atualmente são caracterizados por processos de feminização, havendo uma tendência crescente de infecção em mulheres no período reprodutivo, fazendo com que o número de crianças infectadas por transmissão vertical aumente. Estudos demonstraram que cerca de 70% das gestantes não fazem uso correto da TARV aumentando o risco de TV-HIV. O objetivo desta pesquisa foi compreender as razões da falha na adesão da gestante à TARV, definindo as medidas necessárias a fim de diminuir os índices de TV-HIV, conforme a literatura científica brasileira. Realizou-se, então, uma revisão de literatura narrativa, descritiva com delineamento qualitativo, longitudinal, com base em uma pesquisa de revisão bibliográfica onde foram utilizados como base de dados a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed/Medline), *Eletronic Library Online* (SciELO) e Portal de Periódicos CAPES/MEC e sites de órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde com publicações de 2015 a 2019. Diante disso, verifica-se que mesmo com inúmeros avanços científicos sobre o HIV, muitas gestantes infectadas desconhecem seu estado sorológico. É importante que todas façam testes e uso da TARV, não suspendendo após o parto, resultando assim uma diminuição de TV-HIV. Faz-se necessário a capacitação dos profissionais da saúde, uma vez que a população carente é a mais acometida pelo vírus e que os serviços de assistência à saúde são essenciais para esse controle.

Palavras-chave: Transmissão vertical; Antirretrovirais; HIV; Gestantes.

Abstract: AIDS cases are currently characterized by feminization process, with an increasing tendency of infection in women in the reproductive period, causing the number of children infected by VT to increase. Studies have shown that about 70% of pregnant women do not use ART correctly, increasing the risk of HIV-VT. The objective of this research was to understand the reasons why pregnant women fail to adhere to the ART, defining the necessary measures in order to decrease the rates of HIV-TV, according to the Brazilian scientific literature. A narrative descriptive literature review with qualitative, longitudinal design was then performed, based on a literature review research that used as databases the United States National Library of Medicine (PubMed / Medline), Electronic Library Online (SciELO) and CAPES / MEC Journals Portal and official websites, such as the Ministry of Health with publications from 2015 to 2019. Given this, even with the scientific advances on HIV, many infected pregnant women are unaware of their serological status. That being said, it is important that everybody do the ART testing and use it, not suspending after childbirth, because continuing treatment results in a decrease in HIV-VT. The training of health professionals is very important, since the needy population is the most affected by the virus and health care services are essential to control it.

Keywords: Vertical transmission; Antiretrovirals; HIV; Pregnant women.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) continuam representando um grave problema de saúde pública e de grande relevância na atualidade, por ser uma doença de caráter epidêmico e ter alto índice de transmissão no mundo. Vale ressaltar que há pessoas que convivem com o vírus e que passam anos até que as suas primeiras manifestações clínicas apareçam.¹ Deve-se considerar que a infecção pelo vírus não significa ter AIDS, visto que esta é uma síndrome que ocorre quando se está em um estágio tardio da infecção pelo HIV.²

Os casos de AIDS atualmente são caracterizados pelos processos de feminização,² havendo uma tendência crescente de infecção de mulheres, sendo em sua grande maioria em idade reprodutiva.³ Segundo o boletim epidemiológico de HIV/AIDS de 2016, observa-se que 96,4% dos casos de infecção em mulheres foram através de exposição heterossexual, tendo como consequência a elevação do número de crianças infectadas por Transmissão Vertical (TV), que consiste na passagem do vírus da mãe para filho durante a gestação, parto ou lactância.^{3,4}

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2018, foram notificadas 116.292 gestantes infectadas com HIV, das quais 7.882 no ano de 2017, com uma taxa de detecção de 2,8/1.000 nascidos vivos.⁵ Na ausência de qualquer intervenção, as taxas de transmissão variam de 15% a 45%. Essas taxas podem ser reduzidas para menos de 5% com intervenções efetivas durante os períodos de risco.⁴

Sabendo-se que a TV é definida quando ocorre a passagem do vírus da mãe para o filho durante qualquer período da gestação, como citado anteriormente, vale frisar que as pesquisas atuais mostraram que mesmo fazendo o uso dos Antirretrovirais (ARV), as taxas de transmissões durante o período de lactação, encontra-se entre 1% a 5%, independente da Carga Viral do HIV (CV-HIV) da lactante.¹

No ano de 2011, foram notificadas aproximadamente 330.000 novas infecções pediátricas, trazendo o número total de crianças infectadas mundialmente a assustadores 3,3 milhões desde o início da epidemia, com cerca de 1800 novas infecções diariamente. No entanto, por meio de intervenções preventivas,

a transmissão pode ser reduzida para níveis entre 0 e 2%.^{3,6}

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que a estratégia para a redução da TV-HIV inclua o uso de medicamentos combinados, classificados como Terapia Antirretroviral (TARV), na grávida e no recém-nascido, o parto cesáreo eletivo e a não amamentação. Bem como o atendimento pré-natal e a testagem de anticorpos anti-HIV sempre que se fizer necessário, garantindo os cuidados para a criança exposta, obtendo êxito no programa para a redução da TV-HIV.³

A escolha de um esquema ARV eficaz tem impacto direto na TV-HIV, sendo essencial a realização de genotipagem para gestantes. Contudo, ressalta-se que o início do tratamento não deve ser retardado pela espera do resultado desse exame. Além disso, a CV-HIV é utilizada para o monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando na avaliação da resposta à TARV.⁷

A prescrição de medicamentos ARV deve ter uma abordagem da equipe interdisciplinar, com o intuito de facilitar a adesão adequada à TARV. A rotina de cada paciente deve ser avaliada e, caso haja possibilidade, o médico deve adaptar o esquema de medicação de forma em que ele se adeque ao estilo de vida da paciente, e não tentar modificar o modo de vida da pessoa para que esta se adapte ao esquema de ARV.⁴

A adesão das gestantes soropositivas ao tratamento é essencial para o sucesso da prevenção da TV-HIV, reduzindo assim, o número de crianças infectadas.⁸ Apesar das evidências de que o desejo da mulher de proteger a saúde de seu filho e de se manter saudável leve à melhor adesão à TARV durante a gravidez, estudos demonstram que apenas cerca de 70% das grávidas em tratamento e sem exposição prévia aos ARV atingem supressão viral próxima ao parto. A principal causa para a não supressão viral neste grupo é a adesão insuficiente.⁷

Portanto, é necessário que o tratamento antirretroviral e a adesão ao tratamento atuem simultaneamente, resultando em uma melhor resposta à TARV e uma maior efetividade na prevenção da TV-HIV. O presente estudo irá compreender as razões da falha na adesão da gestante à TARV definindo as medidas necessárias para a diminuição dos índices de TV conforme a literatura científica brasileira.

Materiais e métodos

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura narrativa, descritiva, qualitativa e longitudinal. Foram utilizados como base trabalhos e sites correlacionados ao contexto do estudo.

As buscas foram realizadas nas bases de dados: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed/Medline), *Eletronic Library Online* (SciELO) e Portal de Periódicos CAPES/MEC, no período de 20 de junho de 2019 à 31 de outubro do mesmo ano. Também foram incluídas publicações em sites de órgãos oficiais, como: Ministério da Saúde - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: foram incluídos artigos atualizados, que tinham relação com a temática estudada, publicados nos anos entre 2015 e 2019, nos idiomas português e inglês, disponíveis em textos completos e gratuitos. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados artigos de revisão e que não abordavam assuntos especificamente sobre o tema do trabalho.

Para realizar esta revisão narrativa, foi realizada a seguinte pergunta norteadora: Quais falhas causam a não adesão da gestante à TARV e quais as medidas necessárias para reduzir as taxas de TV-HIV no Brasil?

A coleta nas bases de dados ocorreu utilizando os seguintes descritores: HIV, Transmissão Vertical, Gestantes e Antirretrovirais. Os materiais selecionados trataram do assunto de Transmissão Vertical do HIV (TV-HIV) em diversos aspectos, como: Feminização do HIV, formas de TV, profilaxia da TV, diagnóstico e adesão à TARV.

Resultados e discussão

Feminização do HIV

Inicialmente, o HIV/AIDS atingiu predominantemente pacientes homossexuais e, por isso, foi considerado que estava relacionada ao estilo de vida dos indivíduos atingidos. Logo surgiu a noção de grupo de risco, composto por homossexuais, profissionais do sexo, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Posteriormente, devido ao aparecimento de casos entre heterossexuais e em bebês, foi descartada a hi-

pótese de uma doença ligada a homossexuais.^{9,10}

Hoje, a realidade é diferente, fato demonstrado pela heterossexualização da epidemia do HIV e pelo crescimento do número de mulheres infectadas, denominada feminização do HIV.⁹ Acarretando assim, na disseminação do HIV em todo o Brasil e o aumento no número de crianças infectadas pela TV.¹¹

No ano de 1983, o primeiro caso de HIV/AIDS em mulheres foi notificado. Após a notificação, diversas pesquisas se voltaram para o estudo das questões que envolveriam a prevenção ao HIV/AIDS em mulheres brasileiras.⁹

Nos últimos 10 anos, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando aumento.⁹ Em 2007, no Brasil, o número de casos notificados do sexo feminino foram 2.921 e no ano de 2017, tendo um aumento considerável, totalizando 11.576 casos. No período de 2000 até junho de 2018, 116.292 gestantes infectadas com HIV foram notificadas.¹²

A dificuldade que as mulheres têm de negociar o sexo seguro (prática sexual com uso do preservativo) parece ter grande influência como fator de risco de contaminação, deste grupo, pelo HIV/AIDS, pois dependem da concordância do parceiro masculino.⁹

O HIV teve seu histórico inicial advindo dos homossexuais, o que fez com que o preconceito com esse grupo restrito aumentasse e fossem classificados como grupo de risco. Porém, com a evolução das pesquisas e métodos de infecção da doença, foi descartada a noção de grupo de risco.

Heterossexuais foram inseridos nos grupos infectados, desmistificando essa questão. Houve, por conseguinte, a feminização do HIV, quando muitas mulheres foram diagnosticadas com o vírus, tendo sido infectadas por parceiros e não tendo ciência do ocorrido. Os dados cresceram também em crianças infectadas, recebendo a doença pela mãe ainda no útero, no parto, ou durante o período de lactação.

O número de mulheres infectadas cresceu de forma drástica nos últimos anos, e uma das justificativas dá-se pela falta de compreensão do parceiro durante o ato sexual, quando a mulher deseja fazer uso do preservativo e o homem não. A doença propaga-se no momento da falta de empatia e respeito masculina, fazendo com que sua parceira se contamine, muitas vezes sem saber, e na pior das situações acaba transmitindo o vírus para o bebê.

Formas de transmissão

A principal via de transmissão do HIV/AIDS em mulheres no Brasil, ainda está associada à relação heterossexual, segundo dados do Ministério da Saúde.^{7,9} Entre 2007 e 2018 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 247.795 casos de infecção pelo vírus HIV no Brasil, totalizando 71.539 casos em homens e 65.877 casos em mulheres.¹³

Embora o sexo masculino represente uma porção maior de casos, um dos pontos importantes para alerta em relação a infecção entre o público feminino é o período gestacional, em razão às chances de novos casos de TV.¹⁴

No Brasil, a TV-HIV continua sendo a principal forma em que crianças com até 13 anos de idade, sejam portadoras do vírus.^{3,15} A transmissão pode ocorrer na gestação, no parto e também na amamentação. A grande maioria dos casos acontece durante o parto e a Carga Viral (CV) materna é um fator de risco determinante na transmissão. A taxa de transmissão sem nenhuma intervenção se situa em torno de 20%. Com o uso combinado das intervenções habituais, os números podem ser reduzidos para menos de 1%. Melhores resultados são obtidos no controle da infecção materna e da transmissão do vírus nos casos em que a mãe segue todas as terapêuticas recomendadas para a profilaxia.^{14, 11}

De acordo com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para HIV, é recomendado que mulheres soropositivas não amamentem, já que esses vírus podem ser transmitidos ao bebê pelo leite materno. Essa recomendação vale também para mulheres que estejam em tratamento e tenham atingido a CV indetectável, já que estudos recentes revelam que, mesmo que a CV esteja baixa, há possibilidade de transmissão do vírus durante a amamentação.⁷

A TV-HIV, portanto, é decorrente da ausência de cuidados das gestantes durante a gestação e no puerpério. Tal fenômeno pode ser observado antes da concepção no comportamento sexual de risco, negligenciando a possibilidade de infecção pelo desejo de gestar, pelas relações de confiança com seus parceiros ou pela falta de conhecimento da transmissibilidade do HIV, em que muitas mulheres acreditam que adquirir o vírus nunca acontecerá com elas.¹⁰

A maior causa da transmissão do HIV em mulheres no Brasil advém da relação heterossexual, estatística essa que vem crescendo cada vez mais e de forma alarmante. Ainda assim, prevalecem os homens como maior número de casos infectados, o que não altera o fato de que as preocupações com novas infecções no sexo feminino não sejam preocupantes, já que durante a gestação, no parto ou durante a amamentação, a mulher pode transmitir a doença ao feto. A transmissão vertical é a maior responsável por crianças de até 13 anos serem portadoras do vírus.

A TV, nada mais é do que a falta de conhecimento e/ou profilaxia da mãe durante a gestação e após, pois existe uma série de medidas a serem tomadas durante o puerpério, principalmente a amamentação que deve ser excluída.

Muitas gestantes sequer sabem que possuem o vírus, descobrindo durante o pré-natal, ou mesmo nunca descobrindo, por confiabilidade no parceiro, pelo desejo de ser mãe ou por ausência de informação sobre o assunto.

Profilaxia da Transmissão Vertical – TV

Apesar dos avanços técnico-científicos e políticos estarem voltados à prevenção, diagnóstico e tratamento, estima-se que 35 milhões de indivíduos no mundo que estão infectados não conhecem seu estado sorológico, e aproximadamente metade das pessoas diagnosticadas não estão inseridas em serviços de assistência e cuidados em saúde.¹³

Diretrizes Consolidadas sobre o uso de medicamentos ARV para tratamento e prevenção, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que todas as mulheres grávidas e lactantes soropositivas devem iniciar a TARV e continuar ao longo da vida. Acredita-se que a eliminação da TV-HIV pode ser realizada através da cobertura com antirretroviral efetiva, orientação e cuidado médico adequado.¹⁵

Grande parte das intervenções é aplicada no Brasil, com admirável pontualidade, inclusive o diagnóstico do HIV em grávidas por meio de triagem durante o cuidado pré-natal. Além do acompanhamento de mulheres infectadas por HIV, também é realizado a recomendação e oferecimento da TARV, tratamento de outras doenças sexualmente transmis-

síveis e a profilaxia pós-exposição para crianças de mães infectadas por HIV.¹⁵

As diretrizes do Ministério da Saúde recomendam que mulheres soropositivas que não iniciaram a TARV e possuem desejo de gestar, ou aquelas que são diagnosticadas no pré-natal, façam uso dos ARV: Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Raltegravir (RAL) como primeira escolha. Para gestantes acometidas pelo HIV que já estão em terapia medicamentosa precedente ao diagnóstico da gestação, preconiza-se permanecer com o esquema atual, contanto que ele não possua Dolutegravir (DTG).⁵

A via de parto, além da indicação obstétrica, é estabelecida pela CV. O parto cesáreo é realizado quando a CV da gestante está elevada ou quando é desconhecida. Do início do trabalho de parto até o momento do clampeamento do cordão umbilical, a Zidovudina (AZT) deve ser utilizada como profilaxia.⁵

Nas quatro primeiras semanas de vida, o tratamento do recém-nascido também é realizado com AZT, associado ou não, à Nevirapina (NVP).⁵ Todas as puérperas portadoras do HIV devem ser orientadas a não amamentar. Uma das intervenções mais eficazes para impossibilitar a amamentação natural é, ao longo do pré-natal, orientar a gestante a respeito da amamentação artificial (fórmula láctea infantil), que é disponibilizada pelo SUS.⁷

Os índices de TV-HIV são muito altos, de acordo com o SINAN foram notificados 1.005 casos entre 2007 a 2018 e é de suma importância trabalhar para reduzir essa taxa de transmissão a zero. Algumas das estratégias necessárias são conhecidas e exigem implantação e apoio sólidos. Como acompanhamento de pessoas que fazem uso de drogas injetáveis, são as mais desafiadoras.^{12, 15}

Mesmo com inúmeros avanços científicos a respeito do HIV, muitas pessoas infectadas desconhecem seu estado sorológico, não tratando a doença justamente por não saberem que a possuem. Faz-se necessário que todas as gestantes iniciem a TARV, para evitar a TV e não suspenderem após o parto.

As diretrizes que devem ser seguidas para profilaxia da TV-HIV são: adesão à TARV pela gestante, escolha da via de parto a partir da CV, uso de AZT durante o parto, tratamento do recém-nascido e a não amamentação natural.

O cuidado a esse público alvo deve ser intenso e bem dirigido, por se tratarem na maioria dos casos de mulheres isentas de instrução das formas de transmissão do vírus, e também, por não estarem cientes de que podem contaminar o feto, sendo assim necessário o direcionamento objetivo e cauteloso para com essas pessoas.

Diagnóstico

Atualmente, inúmeros casos de diagnóstico de HIV em mulheres ocorrem no momento da gestação. Isso acontece devido à testagem ser ofertada para todas as gestantes com ou sem pré-natal. A testagem é uma das medidas disponíveis para a prevenção da transmissão vertical do vírus. A não realização do teste provoca uma perda de oportunidade única de intervenção na gestante infectada para evitar a TV.¹⁰ Grande parte dos neonatos infectados por HIV nascem de mães que não conhecem sua sorologia para HIV, o que enfatiza a importância de programas de triagem na gravidez.¹⁵

A utilização de teste rápido (TR) deve ser uma estratégia com o propósito de reparar falhas programáticas e recolocar mulheres infectadas com HIV em um curso favorável para um bom desfecho da gestação. A rede de serviços destinados a prestar assistência às mulheres com HIV/AIDS deve ter vinculação com as unidades de atenção básica, local onde deve ser iniciado o processo de cuidado. Na atenção básica é realizado o diagnóstico de gravidez, e por seguinte a solicitação dos exames de rotina, incluindo a testagem para o HIV.³

A realização do diagnóstico precoce é crucial para que se possa iniciar, o mais rápido possível, o esquema do tratamento com ARV de modo efetivo. Entretanto, o insucesso é reconhecido pela detecção de CV após seis meses de uso ou troca de terapia medicamentosa, ou pelo aparecimento de doenças associadas ao HIV/AIDS.¹⁶

O nível da CV-HIV é um fator de extrema importância no risco de transmissão vertical do HIV, pois auxilia na escolha da via de parto, no monitoramento da gestante acometida pelo vírus e na avaliação da resposta à TARV.¹⁶

A resistência virológica à TARV primária ou adquirida é detectada a partir de exames laboratoriais

capazes de identificar as mutações com base no material genético viral. A Falha Viroológica (FV) pode ser ocasionada devido à má adesão do paciente ao tratamento, interações medicamentosas que podem levar à subdoses dos medicamentos, resistência viral a um ARV específico, e até mesmo, comorbidades associadas.¹⁶

O teste laboratorial mais utilizado é a genotipagem do HIV, que identifica as mutações do vírus de acordo com as classes de ARV. Este exame é um método direto e rápido de identificar o padrão genético das mutações virais que podem conferir resistência biológica a um ou mais medicamentos das diversas classes terapêuticas.¹⁶

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais da Saúde na testagem e, principalmente, se positivo, ofereçam apoio emocional e orientações que ajudem a amenizar a ansiedade e esclarecer as dúvidas, pois diversos aspectos psicológicos estão envolvidos neste momento. Deve-se esclarecer quanto às opções de tratamento, elucidar as dúvidas quanto às formas de transmissão do vírus do HIV da mãe para o bebê.¹⁰

É de extrema importância a realização desses testes para HIV nos serviços de atenção básica, pois é no momento do pré-natal que ocorre grande parte dos diagnósticos, possibilitando o tratamento da doença, profilaxia da mãe e do feto e a exclusão da TV.

Torna-se crucial que os profissionais da saúde sejam capacitados para atenderem a gestante independente do resultado de seus testes, mas se, principalmente, apresentarem resultado positivo, fornecerem todo apoio, cuidado e esclarecimento à mãe para não causar problemas futuros de interferência no tratamento, desistência e para que não ocorra a TV. Por se tratar de uma situação muito delicada, os profissionais devem ser extremamente capacitados, pois nessa situação o psicológico da gestante pode se abalar de forma a dificultar o tratamento da doença.

Adesão a TARV

Mulheres soropositivas diagnosticadas durante a gravidez pertencem um grupo que merece atenção especial, pois há um curto espaço de tempo entre o início do tratamento e o parto para atingir supressão viral a fim de prevenir a TV-HIV. Desde que o tra-

tamento com ARV se mostrou efetivo na redução da transmissão do vírus, certas intervenções passaram a ser recomendadas para serem iniciadas no acesso da gestante ao pré-natal. No entanto, em um estudo recente, foi percebido que menos de três quartos das gestantes apresentam adesão satisfatória.^{13, 15}

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos de 2018, o cuidado contínuo pode ser entendido como o processo de atenção aos usuários que vivem com HIV, sendo dividido em seis pilares. São eles: Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV), diagnosticadas, vinculadas ao cuidado, retidas no cuidado em saúde, em uso da TARV e com supressão viral, que é atingida com o uso de terapia medicamentosa específica.^{5, 13}

A adesão ao tratamento consiste na utilização da TARV da forma mais aproximada possível à que foi prescrita pela equipe de saúde, respeitando as doses, horários e as demais indicações. É também um processo que facilita a aceitação e a incorporação de esquemas terapêuticos na rotina de pacientes em tratamento, de forma que participarão ativamente nas decisões sobre a terapia. É considerada como adesão satisfatória a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80% para atingir a supressão viral e sua manutenção. A má adesão é uma das principais razões da falha terapêutica.⁵

Há uma meta chamada 90-90-90 que tem como finalidade a ampliação do diagnóstico e o tratamento a qual estabelece que, até 2020, de modo que 90% das PVHIV conheçam seu estado sorológico, destas, 90% utilizem a TARV e 90% das pessoas em uso da terapia medicamentosa atinjam supressão viral. É indicado o início imediato do tratamento após o diagnóstico a fim de reduzir a CV, diminuir os riscos de progressão para a doença, morte prematura e transmissão do HIV.^{3, 13}

Entretanto, a probabilidade de avaliar as práticas propostas para a prevenção da TV-HIV em base populacional se justifica ao perceber que ainda não se atingiu a redução desejada na transmissão vertical, embora as estratégias estejam traçadas e os protocolos disponíveis.³

Mulheres diagnosticadas com o HIV merecem uma atenção maior, pois, para que a criança não seja infectada, há um curto espaço de tempo para se

iniciar a TARV e atingir a supressão viral. Na falta de adesão ao tratamento e por não seguirem corretamente as instruções fornecidas pelos profissionais de saúde, muitas gestantes acabam transmitindo o vírus ao bebê, por negligenciar o tratamento correto. Por isso se torna tão importante o cumprimento das normas pré-estabelecidas para a gestante, a fim de diminuir a TV. A meta 90-90-90, tem como objetivo a ampliação e diagnóstico do tratamento do vírus de forma gradual a fim de reduzir a CV, consequentemente diminuindo os riscos de progressão para a doença, morte prematura e transmissão do HIV.

Conclusão

Portanto, o trabalho permitiu identificar as falhas que ocorrem durante o tratamento e na adesão em gestantes soropositivas. Pode-se observar que os serviços de assistência à saúde são essenciais para atingir o controle da CV e, consequentemente, diminuir os riscos da TV-HIV. Desse modo, faz-se necessário a capacitação da equipe multidisciplinar dos serviços especializados e também da atenção básica, responsável pelo acolhimento das gestantes portadoras do vírus.

Os achados deste trabalho mostraram o claro benefício à saúde das pessoas proveniente do tratamento precoce, constatando que é o momento de implantar o que já sabemos para atingir a meta de uma geração livre do HIV.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Avaliação de Exames de Genotipagem do HIV [Internet]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2017 [citado 26 de junho de 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-tecnico-para-avaliacao-de-exames-de-genotipagem-do-hiv>
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Infecção pelo HIV e AIDS: prevenção, diagnóstico e tratamento na atenção Primária - v. 1. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2016.
- Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MF da, Tavares LDL, Silva LCF da, et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32:e00118215.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST A e HV. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto ATAR: Projeto ATAR [Internet]. 2010 [citado 25 de junho de 2019]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3035.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Internet]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2018 [citado 26 de junho de 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
- Friedrich L, Menegotto M, Magdaleno AM, Silva C. Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. *Boletim Científico de Pediatria*. 2016;5(3).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2019 [citado 26 de junho de 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Adesão ao Tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids - 2008 [Internet]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2008 [citado 15 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2008/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2008>
- Silva TQC, Szapiro AM. Mulheres heterossexuais em relacionamento estável: limites do aconselhamento em DST/HIV/AIDS. *Revista Subjetividades*. 2016;15(3):350–361.

10. Hernandez CP, da Rocha RK, Hausmann A, Appelt JB, de Mattos Marques C. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2018;7(1 (Jan-Mar)):32–40.
11. Zimmermann JB, de Rezende Duarte AMB, Silva AC. Avaliação temporal da frequência da infecção do HIV em gestantes. *Clinical & Biomedical Research*. 2017;37(3).
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2018 [Internet]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2018 [citado 14 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>
13. Miranda W de A, Medeiros LB de, Nascimento JA do, Ribeiro KSQS, Nogueira J de A, Leadebal ODCP. Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34:e00209416.
14. de Lima SKSS, de Sousa KKB, da Costa Dantas SL, Rodrigues ARM, Rodrigues IR. Caracterização das gestantes com HIV/Aids admitidas em hospital de referência. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*. 2017;16(1).
15. Redmond AM, McNamara JF. O caminho para eliminação da transmissão vertical do HIV. *Journal de Pediatria*. 2015;91(6):509–511.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Avaliação de Exames de Genotipagem do HIV [Internet]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2019 [citado 23 de setembro de 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-tecnico-para-avaliacao-de-exames-de-genotipagem-do-hiv>