

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO PRECOCE EM GESTANTES PORTADORAS DE HIV/AIDS NA CIDADE DE CASCAVEL/PR

SILVEIRA, Maria Eduarda Giffoni ¹
FREITAG, Isabella ²
HUBIE, Ana Paula Sakr ³

RESUMO

Diante dos dados alarmantes encontrados no município de Cascavel/PR a respeito da taxa de incidência de AIDS que acomete a população, viu-se necessário a realização de uma pesquisa nesta área. Para tanto, este trabalho optou por investigar apenas a população feminina, em idade reprodutiva ou gestante acometida pelo vírus e doença, acompanhadas pelo Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP) do município, a fim de apontar e prever possíveis problemas e tentar repará-los, visando um desfecho favorável ao cenário. Como ferramenta de pesquisa, foram utilizados dados de prontuários do CEDIP das pacientes gestantes no período de 2017 a 2021. Foi observado que 57,44% das pacientes eram casadas e 22,34% amasiadas; o uso de algum método de barreira é negado em 67,02%; o diagnóstico da soropositividade foi de 40,42% na gestação atual e 35,10% em gestação anterior; apenas 0,99% não realizaram pré-natal; a adesão ao tratamento foi idealmente em 63,36% das gestações; a transmissão vertical não ocorreu em 93,06% das gestações; 24,75% das gestações foram associadas a outras patologias; 72,27% dos partos foram vaginais; a carga viral foi detectável em 11,88% das gestações; a profilaxia do recém-nascido foi realizada em 98,97%; 94,89% dos RN não tiveram complicações; o acompanhamento até os 2 anos de idade foi realizado em 92,85%. Sendo assim, é possível observar que o acompanhamento gestacional e do puerpério são desempenhados de maneira louvável na cidade de Cascavel, apesar do elevado índice de positividade para o HIV, o principal pilar que deve ser abordado em políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: infecções por HIV. Soropositividade para HIV. Transmissão vertical de doença infecciosa.

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PREGNANT WOMEN WITH HIV/AIDS IN THE CITY OF CASCAVEL/PR

ABSTRACT

In view of the alarming data found in the city of Cascavel/PR concerning the incidence rate of AIDS that affects the population, it was necessary to carry out a research in this area. Therefore, this study chose to investigate only the female population, in reproductive age or pregnant, affected by the virus and disease, accompanied by the Specialized Center for Infectious Parasitic Diseases (CEDIP) in the city, in order to identify and predict possible problems and try to fix them, aiming at a favorable outcome to the scenario. As a research tool, data from the CEDIP medical records of pregnant patients from 2017 to 2021 were used. It was observed that 57.44% of the patients were married and 22.34% were living together; the use of some barrier method is denied in 67.02%; the diagnosis of seropositivity was 40.42% in the current pregnancy and 35.10% in the previous pregnancy; only 0.99% did not perform prenatal care; adherence to treatment was ideal in 63.36% of pregnancies; vertical transmission didn't occur in 93.06% of pregnancies; 24.75% of pregnancies were associated with other pathologies; 72.27% of deliveries were vaginal; viral load was detectable in 11.88% of pregnancies; newborn prophylaxis was performed in 98.97%; 94.89% of the newborn had no complications; follow-up until 2 years of age was performed in 92.85%. Therefore, it is possible to observe that the gestational and postpartum follow-up are performed in a commendable way in the city of Cascavel, despite the high rate of HIV positivity, the main pillar that must be addressed in public policies.

KEYWORDS: HIV infections. HIV seropositivity. Vertical transmission of infectious disease.

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – Cascavel/PR. E-mail: megiffonisilveira@gmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – Cascavel/PR. E-mail: isabella.freitag@hotmail.com

³ Médica graduada pelo Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz com residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital São Lucas de Cascavel-PR e mestrado em ensino nas ciências da saúde pela Faculdade Pequeno Príncipe de Curitiba/PR. E-mail: anahubie@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

É de entendimento mundial a importância dos avanços na área médica, tanto para diagnosticar doenças, quanto para tratá-las de forma efetiva e, para que isso seja possível, as pesquisas são uma ferramenta indispensável nesse processo. O vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), conhecido por sua alta taxa de infecção e mortalidade nos anos 80, permanece vigente na atualidade e, diante desse cenário, novas preocupações ainda permanecem, especialmente em relação a população de risco. Por meio de uma análise de dados referentes a quantidade de casos notificados de HIV ou AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida) no município de Cascavel/PR no ano de 2017, pode-se apontar uma taxa de detecção da contaminação em 28 casos a cada 100 mil habitantes. A princípio, tal dado aparenta ser apenas um número singelo, sem necessidade de tanta preocupação, porém quando comparado aos índices estadual (16,5 casos a cada 100 mil habitantes) e nacional (18,5 casos a cada 100 mil habitantes), podemos observar o quão alarmante é a situação na cidade de Cascavel/PR.

Desse modo, devido à alta incidência da doença, seu teor preocupante, por ser uma doença que afeta o bem-estar e hábitos de vida do paciente, e por ter formas de prevenção e terapias medicamentosas para tratamento é de venerável importância estudar o assunto e orientar cuidados para que as taxas de infecção, principalmente a via vertical, diminuam de maneira verídica no país. É de grande relevância constatar a eficácia dos profissionais de saúde em realizar o acompanhamento e tratamento das pacientes e de seus recém-nascidos (RN), desde o pré-natal, passando pelo parto e puerpério, até os 2 anos completos do bebê após o parto, visando um atendimento integral e competente prestado por tais especialistas.

Portanto, a partir da situação em que se encontra o município de Cascavel, viu-se necessário a realização de uma pesquisa a respeito do diagnóstico e tratamento precoce das gestantes contaminadas com o vírus HIV e que desenvolveram a doença AIDS em tal cidade, através da coleta de dados específicos, como data do diagnóstico de portadora, realização do tratamento com a TARV, status sorológico materno no parto, profilaxia para o recém-nascido.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O VÍRUS DA AIDS

O HIV é um retrovírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) que ataca o sistema imunológico do indivíduo através do seu tropismo por moléculas CD4+ nas células

dendríticas, as quais apresentam os抗ígenos aos linfócitos TCD4+. O mecanismo patológico da doença envolve a infecção dos linfócitos TCD4+ e modificação do seu DNA, proporcionando, assim, a replicação do HIV. A replicação deste vírus ocorre por meio do ciclo lítico, ou seja, ao cessar as multiplicações, o vírus rompe a célula (linfócito) e busca outras células a fim de infectá-las e destruí-las. Sabe-se que portar o HIV não dá certeza de que o indivíduo desenvolverá a AIDS, como é o caso dos soropositivos, os quais portam o vírus mas não apresentam a doença. Para tanto, caso medidas de proteção não sejam tomadas, estes indivíduos podem transmitir o vírus a outros através de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas, de mãe para filho durante a gestação e amamentação, caso medidas de prevenção não sejam tomadas (BRASIL, 2020).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Os primeiros casos de AIDS no Brasil apareceram na década de 80, tornando-se um problema de saúde pública. Acreditava-se que a contaminação ocorria, apenas, em homossexuais, prostitutas, dependentes químicos e hemofílicos, porém passou a atingir mulheres em idade fértil, criando-se uma nova preocupação, a transmissão vertical do vírus de gestantes para os recém-nascidos (RN). A transmissão do vírus da mãe aos neonatos por via vertical pode ocorrer durante a gestação por meio da placenta, no trabalho de parto pelo contato do sangue e pelo leite materno na amamentação.

Foi informado no Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2020, que o Brasil se encontra com uma taxa de 17,8/100 mil habitantes, sendo que na região sul do país tem-se 22,8/100 mil habitantes, no Estado do Paraná 17/100 mil habitantes e na cidade de Cascavel 24,7/100 mil habitantes (BRASIL, 2020). Apesar de os números terem diminuído, comparando-se os dados de 2012 com 21,9/100 mil habitantes e os dados de 2019 com 17,8/100 mil habitantes, tais estatísticas permanecem alarmantes quando se observa as taxas em gestantes, já que no comparativo de 10 anos houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção. Em 2019, 8.312 gestantes foram identificadas com HIV no Brasil, sendo que 26,6% foram identificadas na região sul do país. Na categoria de exposição de indivíduos menores de 13 anos, em 88,8% dos casos a transmissão do vírus foi de maneira vertical (BRASIL, 2020).

2.3 DIAGNÓSTICO

A transmissão do vírus da mãe aos neonatos por via vertical, pode ocorrer durante a gestação através da placenta, no trabalho de parto pelo contato do sangue e pelo leite materno na amamentação (LIMA *et al*, 2017). De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, a gestante ao realizar o pré-natal deve ser submetida ao teste anti-HIV no primeiro e terceiro trimestre, juntamente

com o aconselhamento pré e pós teste, visando alertar a importância dos cuidados que a mãe deve ter para não transmitir o vírus ao bebê (SANTOS; SOUZA, 2012; BRASIL, 2007). Conforme prevê a Portaria Ministerial nº 59/GM/MS de 21/01/03, as parturientes que não passam pelo pré-natal e, por consequência, não realizam o teste anti-HIV, são submetidas a uma testagem rápida no momento do parto e, caso o resultado seja “reagente”, é necessário um segundo teste para a confirmação do diagnóstico, uma vez que o teste rápido é apenas um exame de triagem.

A partir do diagnóstico precoce efetuado no pré-natal, as gestantes sintomáticas, como também, gestantes assintomáticas com contagem LT-CD4+ ≤ 350 células/mm³ são submetidas ao TARV (Terapia Antirretroviral). Essa terapia consiste em uma associação de três medicamentos antirretrovirais de duas classes diferentes, sendo considerado o tratamento mais eficaz atualmente, com a taxa de transmissão vertical de apenas 1,2%. Já a profilaxia ARV está indicada para gestantes assintomáticas com contagem de LT-CD4+ ≥ 350 células/mm³, devendo ser iniciada entre a 14^a e 28^a semana de gestação.

2.4 TRATAMENTO

A partir do diagnóstico feito no pré-natal ou no trabalho de parto, as mulheres são submetidas a diversos tipos de tratamentos, um deles é com a Zidovudina (AZT), o qual será administrado a partir da 14^º semana. O RN deve ter as vias aéreas delicadamente aspiradas e ser higienizado imediatamente com água e sabão, visando evitar a transmissão, além de ser igualmente submetido ao tratamento com AZT (xarope) durante 6 semanas, sendo o seu início em até oito horas de vida. O diagnóstico precoce também auxilia o médico a decidir qual a melhor escolha a ser tomada visando evitar a transmissão do vírus, uma delas é a indicação do parto cesáreo quando as membranas amnióticas estão íntegras. A TARV preferencial se dá pelo uso de 2 Inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosideo ou Nucleotídeo (ITRN) + 1 Inibidor da Protease e Ritonavir como adjuvante farmacológico (IP/r). Dentre os ITRN, tem-se como primeira escolha a Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) e o IP o Lopinavir (LPV/r). Já a terapia alternativa conta com o uso de 2 Inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosideo ou Nucleotídeo (ITRN) + 1 Inibidor da Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosideo (ITRNN), a Nevirapina. Ainda que os estudos sejam limitados, não há dados significativos que comprovem reações adversas alarmantes causadas pelos Antirretrovirais (ARV), tanto à gestante quanto ao recém-nascido, pelo contrário, quando presentes são transitórias e de intensidade leve a moderada (BRASIL, 2010).

O manejo para a gestante diagnosticada com HIV em idade gestacional tardia, após 36 semanas fora de trabalho de parto, é realizada a profilaxia ARV, preferencialmente com o esquema de

Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/r e cesariana eletiva. Caso a paciente chegue na maternidade em trabalho de parto, recomenda-se o uso de AZT injetável, sendo a infusão suspensa após o nascimento e seguido de administração via oral de AZT para o recém-nascido nas primeiras duas horas de vida (BRASIL, 2010).

2.5 SEGUIMENTO

As recomendações no puerpério devem ser individualizadas e dependem da contagem de linfócitos TCD4+, sintomas clínicos, coinfecções e estágio da doença materna. Puérperas com contagem < 350 células/mm³ e/ou sintomáticas ou com sinais de imunossupressão são aconselhadas a manter a TARV. Já as puérperas com contagem ≥ 350 células/mm³ e assintomáticas, ou as que utilizaram apenas AZT injetável no periparto, podem suspender a TARV após o parto. A transmissão do HIV pelo leite materno possui um risco adicional de 7-22%, desse modo, toda mãe soropositiva deve ser orientada a não amamentar o seu filho e utilizar um inibidor de lactação logo após o parto. A criança deve ser alimentada com a fórmula láctea infantil cedida pelo governo até o bebê completar 6 meses de idade. Ademais, é igualmente contraindicado o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), alimentação mista (leite humano e fórmula láctea) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar. O recém-nascido deve ser submetido a quimioprofilaxia antirretroviral com AZT em solução oral. Diante de um diagnóstico em gestantes e parturientes, o RN receberá a Zidovudina em solução oral, preferencialmente na sala de parto ou nas primeiras 2 horas após o nascimento, sendo mantido durante as primeiras 6 semanas de vida. No diagnóstico puerperal, a administração da Zidovudina deve ser realizada o mais rápido possível após o diagnóstico, obrigatoriamente nas primeiras 2 horas após o nascimento e mantido por 42 dias (BRASIL, 2020).

3. METODOLOGIA

O estudo em questão faz uma análise transversal, observacional, descritiva, sem interação com a população amostral, apenas com coleta de dados de prontuários de pacientes acompanhadas no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP) da cidade de Cascavel/PR.

Ao total foram analisados 94 prontuários e 101 gestações, sendo o critério de inclusão mulheres do sexo feminino, grávidas, portadoras de HIV e diagnosticadas com AIDS, moradoras da cidade de Cascavel/PR no período de 2017 a 2021. Os dados coletados dos prontuários contavam com raça/cor, data de nascimento, escolaridade, ocupação, estado civil, momento do diagnóstico, data do diagnóstico, forma de infecção, estado sorológico do parceiro, uso de preservativo durante a relação

sexual, data de início do pré-natal, adesão adequada do tratamento, início da TARV, número de gestações, transmissão vertical, patologias associadas, uso de substâncias lícitas e ilícitas, tipo de parto, carga viral no momento do parto, profilaxia do RN, complicações no RN, carga viral do RN, acompanhamento do RN até os 2 anos.

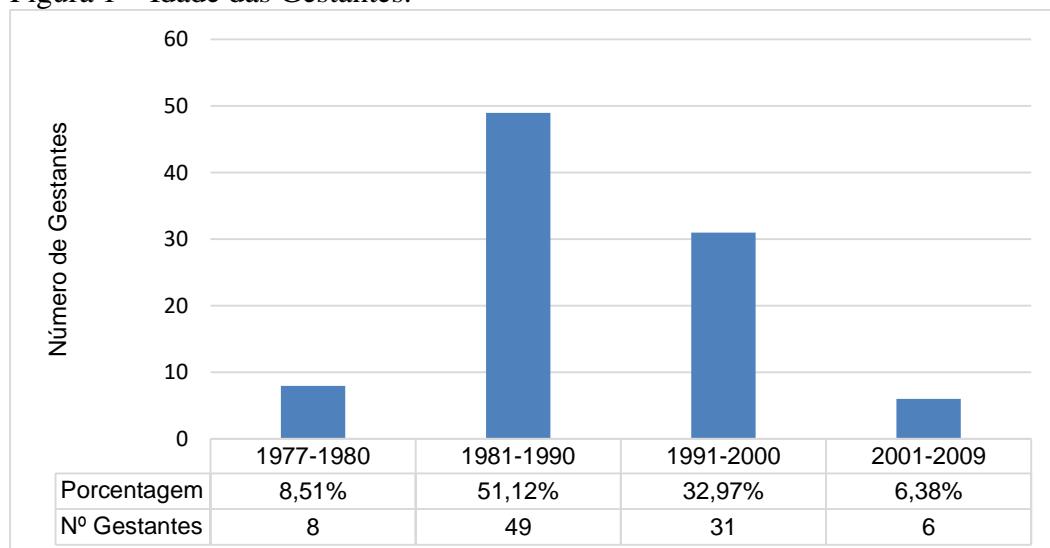
Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Assis Gurgacz e aprovado pelo CAAE nº 50982521.2.0000.5219.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados 94 prontuários, dos quais 7 apresentaram 2 gestações no período de 2017-2021. No total, foram obtidas 101 gestações, porém 3 tiveram desfechos de perdas fetais e neonatal, 1 no segundo trimestre, 1 no terceiro trimestre e 1 no nascimento, sendo o saldo final de 98 gestações observadas no estudo.

Os dados foram tabulados e ordenados de acordo com a ordem proposta na tabela para coleta. A faixa etária das pacientes foi dividida em gestantes nascidas entre os anos de 1977-1980, 1981-1990, 1991-2000 e 2001-2009, conforme elucidado na Figura 1. Destaca-se um predomínio de pacientes nascidas entre os anos de 81-90, com 51,12%, seguido pelas nascidas no período de 91-2000, com 32,97% e por último temos os períodos extremos da pesquisa, as nascidas entre os anos de 77-80, que representam 8,51%, valor próximo das nascidas de 2001-2009, que representam 6,38%.

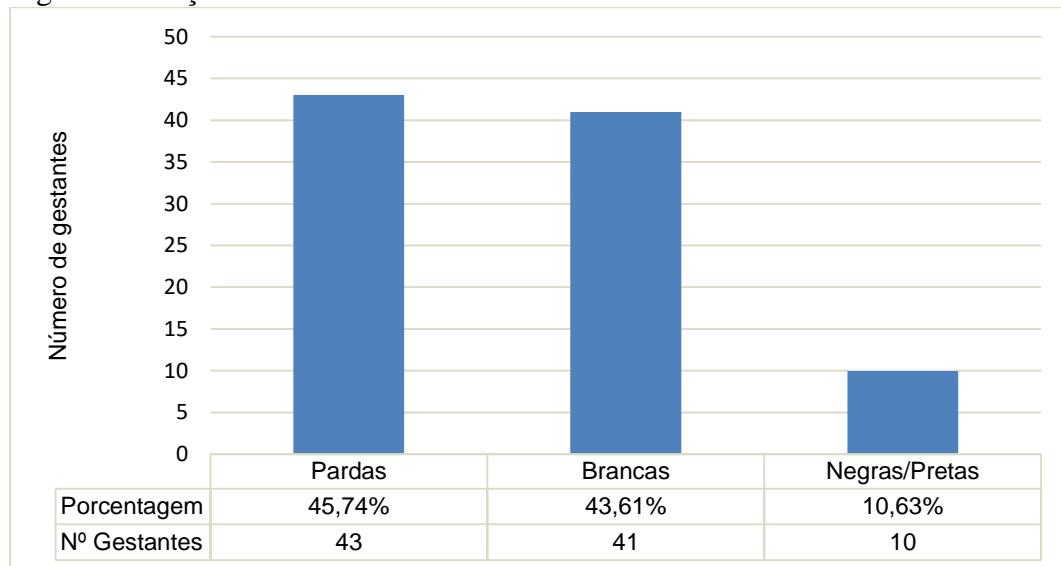
Figura 1 – Idade das Gestantes.



Fonte: Dados da pesquisa.

Outra análise dos dados foi quanto a raça/cor das pacientes, sendo 45,74% das gestantes pardas, 43,61% brancas e 10,63% negras/pretas, representado na Figura 2.

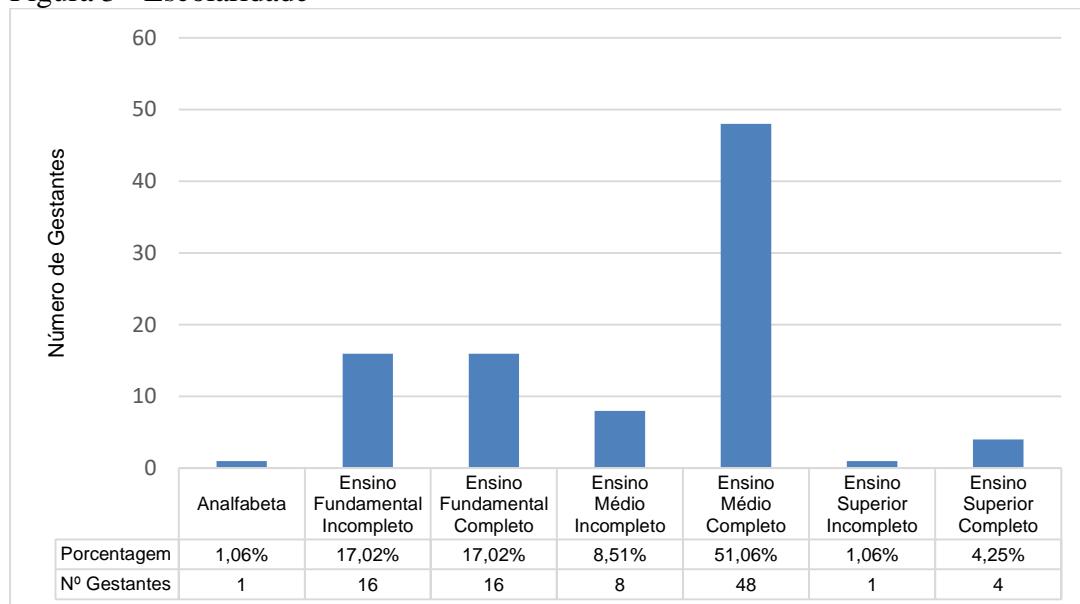
Figura 2 – Raça/Cor.



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação a escolaridade, as gestantes foram divididas em analfabetas, representando 1,06%, primeiro grau incompleto e completo com 17,02%, e o segundo grau incompleto, com 8,51%. A maior porcentagem ficou no segundo grau completo, com 51,06%. Já em relação ao ensino superior, 1,06% possui ensino superior incompleto e 4,25% ensino superior completo (Figura 3).

Figura 3 - Escolaridade

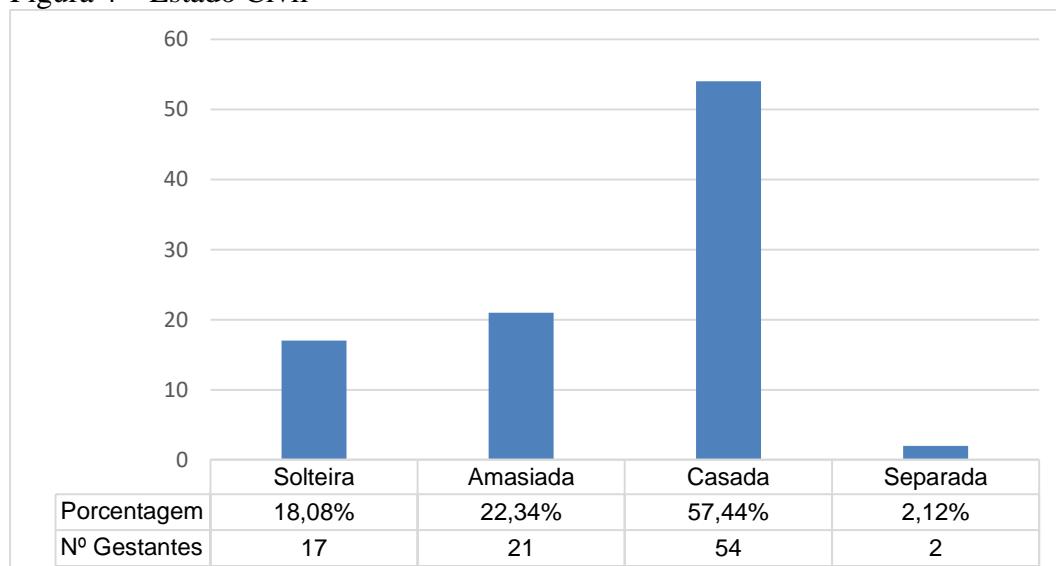


Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando estes resultados, elucida-se que a faixa etária predominante das gestantes prevalece dos 22-41 anos de idade, assim como demonstrado por Torres e Luz (2007), os quais encontraram como perfil etário gestantes entre 20 e 35 anos, e Gouvêa *et al* (2020), entre 20-34 anos. Entretanto, quando comparados os resultados obtidos em relação a escolaridade, pode-se observar o predomínio de segundo grau completo, destoando do que foi encontrado por Torres e Luz (2007), que apontam o primeiro grau incompleto como achado marcante, assim como ocorre em outros estudos, como o de Cechim *et al* (2007) e Moura e Praça (2006). Em relação aos resultados de raça/etnia das pacientes, observou-se uma diferença mínima entre pardas e brancas, contudo ainda a raça parda se sobressai reafirmando o que foi explanado por Gouvêa *et al* (2020) em seu estudo de coorte retrospectivo.

O último dado relacionado ao estado social das pacientes foi em relação ao estado civil destas, o qual foi segregado em gestantes solteiras (18,08%), amasiadas (22,34%), casadas (57,44%) e separadas (2,12%), como mostra a Figura 4. A partir deste resultado é relevante a predominância de pacientes casadas portadoras do HIV/AIDS, apesar de o HIV ser apontado como uma Infecção Sexualmente Transmitida (IST) relacionada, principalmente, a transmissão pela relação sexual com múltiplos parceiros. Essa repercussão permite a reflexão de que não apenas mulheres jovens e solteiras estão mais expostas a tal infecção, como exposto por Cardoso *et al* (2003), mas também aquelas que já constituem uma família podem vir a se reinfectar ou por ventura, transmitir aos seus parceiros.

Figura 4 – Estado Civil



Fonte: Dados da pesquisa.

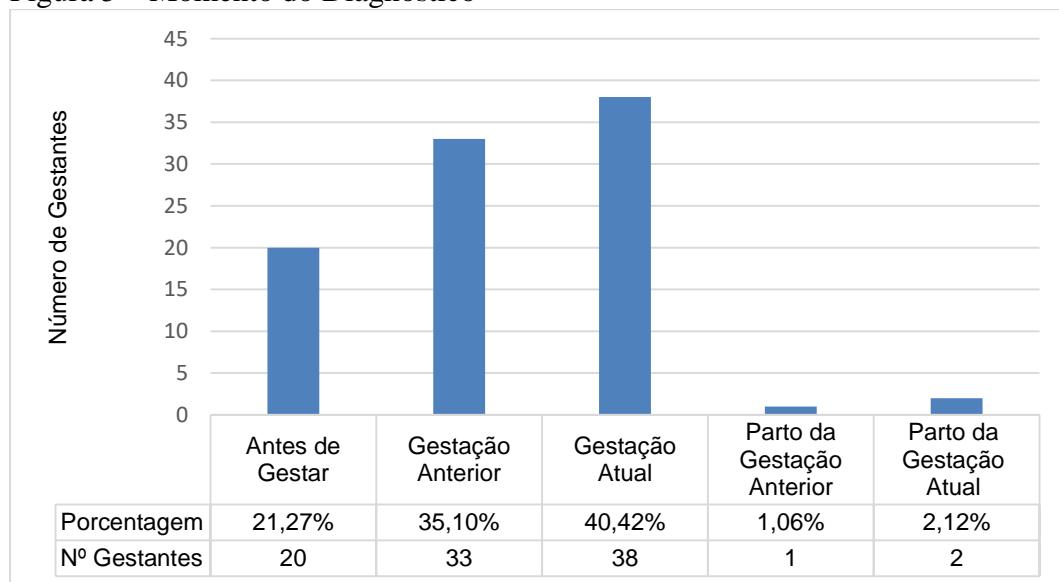
Quando contabilizados os dados a respeito do uso de preservativo durante as relações sexuais, 67,02% das pacientes não utilizavam o método de barreira (63/94), dessas, 63,49% eram casadas (40/54) e 15,87% eram ditas amasiadas (10/21). Em um estudo de coorte retrospectivo realizado por Gouvêa *et al* (2020), grande parcela das pacientes eram casadas ou estavam em uma união estável e mesmo assim eram HIV positivas e transmitiram o vírus para a sua prole durante a gestação (3 casadas e 1 solteira), informação que reitera os resultados achados na coleta dos dados da pesquisa e alerta sobre possíveis novas infecções.

Além da transmissão materno-fetal do vírus, é importante alertar sobre a contaminação por outras ISTs durante a gestação pelo não uso de um método de barreira. No momento em que foi elucidado sobre outras patologias associadas a gestação, 7,92% das gestações (8/101) foram diagnosticadas com outra ISTs (sífilis, HPV, condiloma) e 3,96% das gestações (4/25) que se encaixaram em outros diagnósticos, foram de vaginose bacteriana.

No estudo transversal de Hoffmann *et al* (2016) foi analisado que 36,4% das gestantes contraíram algum tipo de infecção e que 11,1% destas eram infecções vaginais. É de conhecimento teórico que, além das infecções enfraquecerem a imunidade das pacientes e do feto, o aumento de secreções com alta carga viral pode vir a proporcionar transmissão fetal do vírus na hora do parto.

A data de diagnóstico da soropositividade também foi analisada, 40,42% das gestantes descobriram na gestação atual, seguido de 35,10% com reconhecimento em uma gestação anterior e apenas 21,27% já possuíam o conhecimento de ser portadora. Já em relação a descoberta durante o parto, 2,12% foi no parto atual e 1,06% em um parto anterior, como indicado na Figura 5.

Figura 5 – Momento do Diagnóstico



Fonte: Dados da pesquisa.

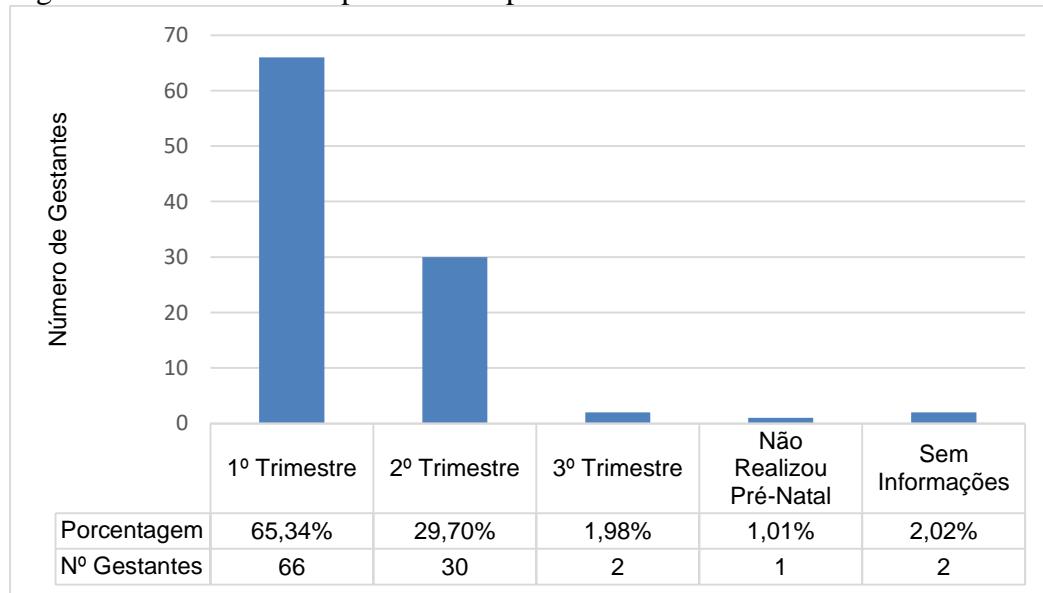
Assim como apontado por Lima *et al* (2017) é possível identificar que a maioria das gestantes são diagnosticadas durante o período gestacional, sendo o atual ou anterior, dessa maneira é de grande importância insistir no aconselhamento sobre a infecção e na disponibilidade de testes rápidos e rastreamento do HIV durante o período de pré-natal.

Foi possível analisar junto a data de diagnóstico que as pacientes que transmitiram o HIV ao seus recém nascidos foram aquelas que não realizaram tratamento prévio por descoberta no trabalho de parto (3/3) ou tiveram baixa adesão ao uso da TARV, mesmo quando diagnosticadas durante o pré-natal da atual gestação, sendo a carga viral detectável no momento do parto (1/1).

Tais resultados são reiterados pela revisão bibliográfica produzida por Santos e Souza (2012), os quais encontraram um consenso entre os diversos autores reunidos de que o diagnóstico do HIV no início da gravidez possibilita um controle mais efetivo da infecção materna, logo, melhores resultados na prevenção da transmissão vertical e que 60% das gestantes obtiveram o conhecimento da infecção durante o pré-natal ou no momento do parto.

Igualmente foram pesquisados nos prontuários as datas de início do acompanhamento pré natal, início do uso da TARV e adesão ao tratamento. Foi observado que 65,34% das gestações tiveram o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 29,70% foram iniciadas no segundo trimestre, 1,98% no terceiro trimestre, os outros resultados foram a não realização do pré-natal e falta de informações (Figura 6).

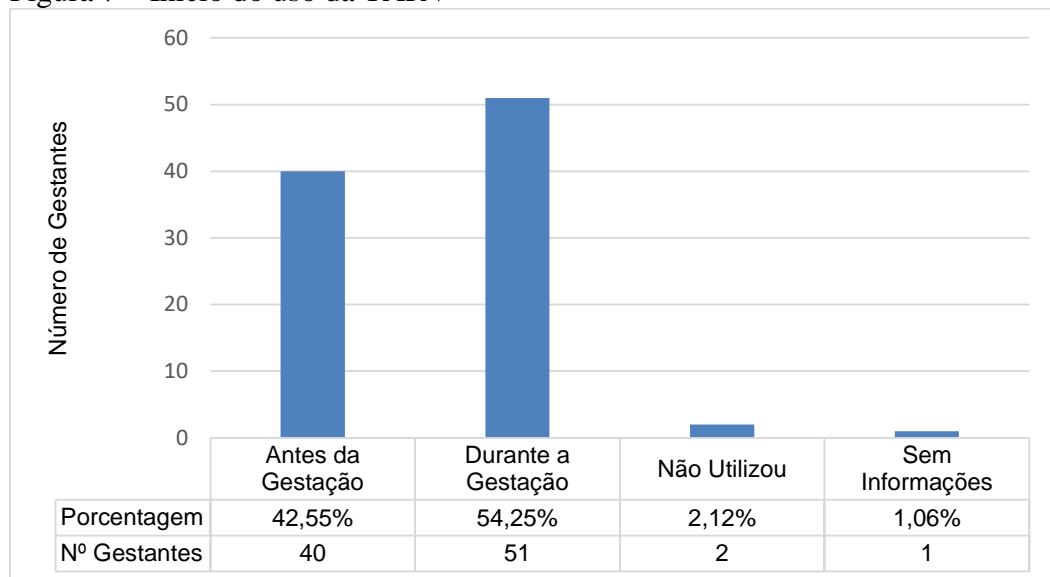
Figura 6 – Início do acompanhamento pré-natal.



Fonte: Dados da pesquisa.

O início da TARV durante a gestação mostrou-se predominante, com 54,25%, já o início anterior a gestação foi de 42,55%, sendo que 2,12% não utilizou tratamento prévio ao parto e 1 paciente não possuía informação (Figura 7).

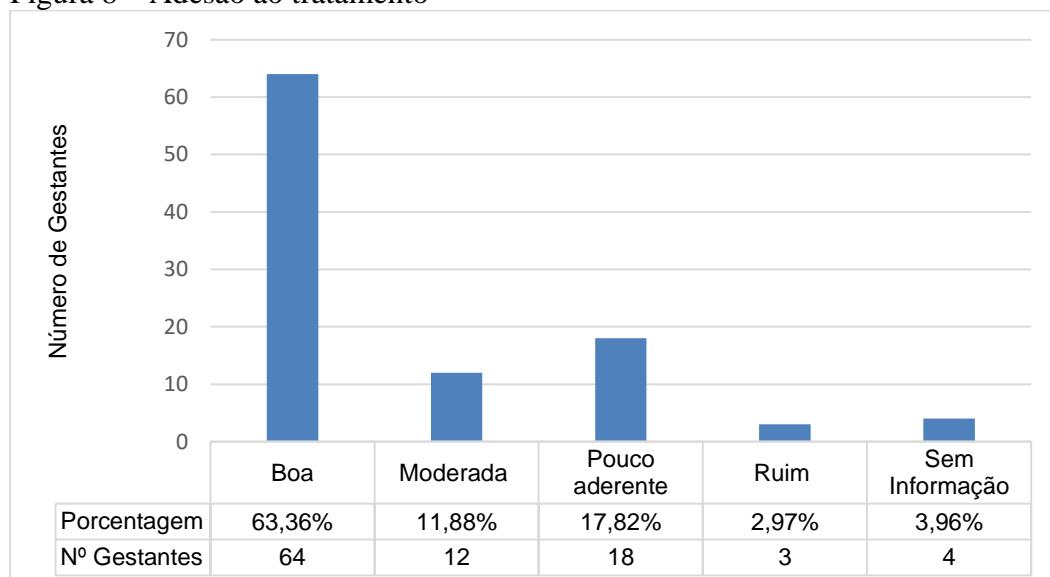
Figura 7 – Início do uso da TARV



Fonte: Dados da pesquisa.

Por fim, a adesão ao tratamento foi vista como boa em 63,36% das gestações, pouco aderente em 17,82%, moderada em 11,88% e ruim em 2,97%, 4 gestações não apresentavam tal informação (Figura 8).

Figura 8 – Adesão ao tratamento



Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise dos resultados acima é possível notar um adequado manejo das pacientes soropositivas gestantes no ambiente estudado, já que mais da metade tiveram seu pré-natal realizado, preferencialmente, no primeiro trimestre, assim como o início do uso da TARV durante a gestação, como já apontado pelo diagnóstico durante a gestação e boa adesão do tratamento. Esses resultados são reafirmados por Lima *et al* (2017) como marcadores significativos da prevenção da transmissão vertical do HIV e também por Gouvêa *et al* (2020), que obteve resultados positivos do uso superior a 4 semanas da TARV, comparado ao uso inferior a 4 semanas.

Para encerrar os dados referentes as gestantes, foram separados os desfechos do parto em tipo de parto realizado e carga viral no momento do parto. A cesariana foi o tipo de resolução de parto predominante no estudo, em 76,23% das gestações, já o parto vaginal foi realizado em 21,78% das gestações. A carga viral materna medida no momento do parto foi não detectável em 87,12% das gestações e detectável em 11,88%, dessas 16,66% foram em parturientes que realizaram parto vaginal e 83,33% parto cesárea.

O Ministério da Saúde (2007), em seu Manual de Bolso, coloca como cesariana eletiva casos de carga viral ≥ 1.000 cópias/mL, desconhecida ou aferida antes de 34^a semana de gestação, com dilatação cervical < 4cm e membranas amnióticas íntegras. Os resultados da pesquisa mostram preferência ao parto cesariano nas gestações com carga viral detectável, escolha destacada como a mais recomendada e segura em 30,70% dos estudos analisados por Lima *et al* (2017) em seu artigo de revisão. No entanto, houveram limites a respeito da escolha de tal conduta, uma vez que as cesarianas informadas não apontavam o motivo da sua realização mesmo em pacientes com carga viral negativa.

Para finalizar a pesquisa, foram analisados os dados referentes aos recém-nascidos das gestantes selecionadas. Das gestações acompanhadas 3,96% apresentaram transmissão vertical (4/101) e em 93,06% não houve infecção materno-fetal (94/101). Além disso, 5 bebês que apresentaram complicações no nascimento, possuíam mães com carga viral detectável na hora do parto. Para tanto, a profilaxia do recém-nascido foi adotada em 100% dos bebês, com um saldo ao final do acompanhamento de 2 anos de 95,91% de bebês com carga viral não detectável (94/101). Quando comparados os resultados dos recém-nascidos que apresentaram a transmissão vertical ao nascimento e os resultados após o seguimento de 2 anos, é possível observar que, até o período atual, todos encontram-se com tratamento em andamento.

Os resultados da pesquisa corroboram com os resultados descritos por Santos e Souza (2012) que constataram 80% dos casos revisados negativados, em uma análise até os 24 meses de vida. As limitações encontradas em referência ao acompanhamento dos RN após o período de 24 meses preconizado pelo Ministério da Saúde também são vistas por Stefani, Araújo e Rocha (2004),

elencando o abandono do seguimento por parte das mães um dos principais motivos da perda de continuidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi conduzida com o intuito de procurar uma aproximação entre os altos índices de HIV/AIDS na região da cidade de Cascavel e sua transmissão vertical materno-fetal. Foi possível obter tal relação e aprofundar o estudo com algumas hipóteses levantadas que puderam ser reiteradas e até descartadas durante a análise.

Ao final da pesquisa foi possível observar e comprovar a importância do diagnóstico precoce e realização de um pré-natal adequado nas gestantes soropositivas, assim como o uso apropriado do tratamento antirretroviral. Ainda que a maioria das gestantes descobriram a infecção pelo vírus durante a gravidez, e, consequentemente, iniciaram o uso da TARV durante a gestação, estas, predominantemente, não possuíram desfechos ruins ao nascimento do bebê. Entretanto, constatou-se que aquelas pacientes com baixa adesão ao tratamento, faltantes nas consultas e com carga viral detectável no momento do parto, deram à luz a recém-nascidos com alguma patologia ou má formação.

Conclui-se, portanto, que o campo de atendimento básico na cidade de Cascavel realiza um excelente rastreio para o HIV/AIDS nas gestantes, assim como o acompanhamento destas ao longo dos 9 meses de gestação, proporcionando desfechos favoráveis tanto maternos quanto fetais. Apesar das limitações, este estudo demonstrou-se elucidativo, sendo como já apontado por outros autores o controle da transmissão do vírus o pilar para a redução nos números de casos.

REFERÊNCIAS

ADACHI, Kristina *et al* Combined evaluation of sexually transmitted infections in HIV-infected pregnant women and infant HIV transmission. Plos One, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-18, 5 jan. 2018. **Public Library of Science (PLoS)**. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189851>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (org.). **O que é HIV**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 11 jun. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. **Manual de Bolso**, Brasília, p. 1-178, 2007. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_maunalbolso.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020.** 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_profilaxia_transmissao_vertical_hiv_5ed.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CARDOSO, Antônio José Costa *et al* Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 101-108, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000900016>.

CECHIM, Petrolina Libana; PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; QUARESMA, Lisiane Moitin. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 60, n. 5, p. 519-523, out. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672007000500007>.

GOUVÊA, Abilene do Nascimento *et al* Vertical transmission of HIV from 2007 to 2018 in a reference university hospital in Rio de Janeiro. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 62, p. 1-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-9946202062066>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/G6sQxW4bDbz5pSzTHvfW34m/?lang=en>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

HOFFMANN, Izabel Cristina *et al* A five-year review of vertical HIV transmission in a specialized service: cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 134, n. 6, p. 508-512, 10 nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0139140616>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/spmj/a/ZvL6KSWZDBfNRJqNQZQb5ff/?lang=en>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

KUHN, Louise; SHIAU, Stephanie. The pharmacological treatment of acute HIV infections in neonates. **Expert Review Of Clinical Pharmacology**, [S.L.], v. 10, n. 12, p. 1353-1361, 3 nov. 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/17512433.2017.1398645>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17512433.2017.1398645?journalCode=ierj20>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

LIMA, Suzane da Silva de; SILVA, Ludimila Cristina Souza; SANTOS, Michele Vidal dos; MARTINS, João Paulo; OLIVEIRA, Márcia Campos de; BRASILEIRO, Marislei Espindula. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. **Ciência & Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 56-61, 23 fev. 2017. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652x.2017.1.22695>. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/22695>>. Acesso em: 24 fev. 2022

MOURA. E. L.; PRAÇA. N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 03, 2006.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Maria Josiane Aguiar de. HIV na gestação. **Estação Científica (UNIFAP)**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 11-24, fev. 2014. ISSN 2179-1902.

STEFANI, Mariane; ARAÚJO, Breno F; ROCHA, Neiva Mp. Transmissão Vertical do HIV em População de Baixa Renda do Sul do Brasil. **Brazilian Journal Of Sexually Transmitted Diseases**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p. 33-39, 2004. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394664>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

TORRES, R. S.; LUZ, A. M. H. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 28, n. 04, 2007. 7

TORTORA, Gerard *et al* **Microbiologia**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.