

COMPLICAÇÕES DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA EM GESTANTES: uma revisão da literatura

Jhason Ribeiro da Costa¹

Marcos Felipe Alves Santos¹

Jhonathan Gonçalves Rocha²

Suelene Brito do Nascimento Tavares³

RESUMO: A AIDS é um dos grandes problemas de saúde mundial e da população brasileira, levando em conta a gravidade da doença relacionada a uma gravidez que acaba possibilitando um maior risco na transmissão vertical. No intervalo de 20 anos foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV. O objetivo dessa revisão foi conhecer as principais complicações da transmissão vertical em gestantes portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana. Foram selecionados para esta revisão da literatura artigos científicos de saúde nas bases de dados do Lilacs e SciELO. Dessa forma abordamos a suas complicações, as suas fases clínicas, profilaxia e tratamento. A transmissão do HIV ocorre por meio de relações sexuais, homossexuais ou heterossexuais; por meio de sangue, pelo uso de seringas e agulhas compartilhadas ou por transfusões de sangue, e perinatal, por transmissão vertical durante a gravidez, parto ou leite materno. Um número significativo de mulheres vivencia uma situação difícil ao saber que vivem com o HIV, pois, além da dor de ter que lidar com o próprio diagnóstico, ainda estão cercadas de preconceito e medo de transmitir o vírus a outras pessoas. Esta revisão mostrou que houve uma redução na taxa de transmissão vertical nos últimos anos o que se deve principalmente ao aconselhamento e acompanhamento desde o início da gravidez.

Palavras-chave HIV; Gravidez; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; Atenção Primária à Saúde.

COMPLICATIONS OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN: a literature review

ABSTRACT: AIDS is a major health problem worldwide and in the Brazilian population, taking into account the severity of the disease related to pregnancy that ends up enabling a greater risk in vertical transmission. Over a 20-year period, 134,328 HIV-infected pregnant women were reported. The objective of this review was to know the main complications of vertical transmission in pregnant women carriers of the Human Immunodeficiency Virus. For this literature review, scientific health articles were selected from the Lilacs and SciELO databases. In this way we approached its complications, its clinical phases, prophylaxis and treatment. HIV transmission occurs through sexual intercourse, homosexual or heterosexual; through blood, by the use of shared syringes and needles or blood transfusions; and perinatally, by vertical transmission during pregnancy, delivery, or breast milk. A significant number of women experience a difficult situation when they learn they are living with HIV because, besides the pain of having to deal with

¹ Graduados do curso de Biomedicina pelo Centro Universitário Alfredo Nasser.

² Graduação em Biomedicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira de Educação e Cultura; Mestre em Biologia das relações Parasito-Hospedeiro pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Professor do Centro Universitário Alfredo Nasser.

³ Graduação em Biomedicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Especialista em Citologia Clínica pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás; Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás; Professora do Centro Universitário Alfredo Nasser.

their own diagnosis, they are still surrounded by prejudice and fear of transmitting the virus to others. This review showed that there has been a reduction in the rate of vertical transmission in recent years and it is mainly due to counseling and monitoring since the beginning of pregnancy.

Keywords: HIV; Gravidez; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi descoberta em 1981 e se caracterizou pela epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um fenômeno global, contínuo, instável e dinâmico. (RODRIGUES, 2013).

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 37,7% dessas gestantes eram residentes nas regiões Sudeste, seguidas por 29,7% nas regiões Sul, 18,1% na região Nordeste, 8,6% na região Norte e 5,8% na região Centro-Oeste. No ano de 2019, foram identificadas 8.312 gestantes infectadas pelo vírus no Brasil, sendo 32,8% na região Sudeste, 26,6% no Sul, 22,0% no Nordeste, 12,5% no Norte e 6,0% no Centro-Oeste. (BRASIL, 2020).

A transmissão do HIV ocorre por via sexual, em relações homo ou heterossexuais; por via sanguínea, na pelo uso compartilhado de seringas e agulhas ou transfusão sanguínea, e por via perinatal, pela transmissão de mãe para filho no período da gestação, durante o parto ou pelo leite materno. (KAIO, 2010). Uma parcela considerável das mulheres ao descobrir viver com HIV experimenta uma situação difícil, pois além da dor de ter que lidar com o próprio diagnóstico, ainda é cercada pelo preconceito, e pelo medo de transmitir o vírus para o bebê que está gerando. (SILVA, 2021).

Os sintomas da SIDA durante a gestação incluem febre alta, suores, linfadenomegalia transitória, com nódulos simétricos, móveis e indolores atingindo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar, com diminuição progressiva nas primeiras semanas. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, fadiga, inapetência, depressão, úlceras orais que podem atingir o esôfago e os órgãos genitais. (FEBRASGO, 2011).

A fim de prevenir a transmissão vertical a gestante deve se submeter ao pré-natal, e ser instruída a realizar o teste anti-HIV. São indicadas, ainda, intervenções como o uso de antirretrovirais combinados, o parto por cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com

antirretrovirais na parturiente e no recém-nascido, e a não-amamentação. (SILVA, 2008).

O impacto de viver com uma doença crônica e, ainda, com a gestação, associado ao estigma e ao preconceito são os maiores obstáculos que as mulheres enfrentam, impactando na sua qualidade de vida e na do bebê, o que interfere diretamente na sua capacidade de enfrentamento. Portanto, na tentativa de gerenciar sua qualidade de vida, percebeu-se que os portadores de HIV possuem diversas estratégias de gerir e enfrentar a doença, a depender do ambiente, do grau de intimidade ou importância de seus relacionamentos e da sua própria capacidade nesse manejo.

Diante do exposto o objetivo deste artigo de revisão foi conhecer as principais complicações da transmissão vertical em gestantes portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana. (JESUS *et al.*, 2017).

2 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando-se como descritores: HIV, gravidez, teratogenicidade. Nos indexadores, foram considerados apenas os artigos incluídos nas bases da categoria “Ciências da Saúde em Geral” (Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Biblioteca Cochrane e SciELO - *Scientific Electronic Library Online*), no período de 1996 a 2019 em língua portuguesa, espanhola e inglesa. Foram localizados 80 artigos, dentre os quais foram analisados e utilizados 24, devido à possibilidade de acesso ao texto completo.

Como critérios de seleção foram considerados os artigos com dados bibliográficos que abordassem as complicações na transmissão vertical em gestantes portadoras do HIV/AIDS, bem como outras informações específicas relacionadas ao tema.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O HIV

Na década de 80, o aparecimento de uma nova doença, que, posteriormente, foi identificada como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), conhecida mundialmente pela sigla em inglês AIDS. Esta síndrome foi responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente o da saúde, principalmente por combinar o comportamento sexual à doença. A descoberta da SIDA acarretou desafios para a comunidade científica, trouxe novos

atores para os movimentos sociais e, sobretudo, conferiu, maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade. (GALVÃO, 2000).

O HIV é um retrovírus pertencente à família dos lentivírus, e é capaz de desencadear uma infecção latente de longo prazo nas células e efeitos citopáticos de curto prazo, e todos eles são causadores de doenças fatais de progressão lenta, que incluem síndromes de emaciação e degeneração do sistema nervoso central. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2015).

Seu genoma é de aproximadamente 9,2 kb de comprimento e apresenta um arranjo básico de sequências de ácido nucleico característico de todos os retrovírus, conhecidos. A partícula infecciosa do vírus tem em sua composição duas fitas idênticas de RNA empacotadas dentro de um núcleo de proteínas virais e circundadas por um envelope composto por uma bicamada fosfolipídica derivada da membrana da célula hospedeira, mas incluindo proteínas de membrana codificadas pelo próprio vírus. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

3.2 Epidemiologia

Do início da epidemia em 1980 até o final de 2019, ocorreram 349.784 óbitos por HIV/AIDS no Brasil. A maior proporção desses óbitos ocorreu na região Sudeste (57,7%), seguida das regiões Sul (17,8%), Nordeste (13,9%), Centro-Oeste (5,3%) e Norte (5,3%). Em 2019, a distribuição proporcional dos 10.565 óbitos foi de (39,7%) no Sudeste, (23,0%) no Nordeste, (19,1%) no Sul, (11,2%) no Norte e (7,0%) no Centro-Oeste. (BRASIL, 2020).

Felizmente foram contabilizados uma queda no coeficiente (29,3%) de mortalidade padronizado para o Brasil de 2009 a 2019, que passou de 5,8 para 4,1 óbitos por 100 mil habitantes. Ocorreu, também, no período de 2009 até 2019 uma redução na taxa de detecção da AIDS em menores de 5 anos no Brasil, em 2009 a taxa de crianças diagnosticadas com a AIDS era de 3,6 casos/100mil habitantes para 1,9 casos/100mil em 2019, o que corresponde uma redução de (47,2%). Esta taxa pode ser utilizada para monitoramento da transmissão vertical. (BRASIL, 2020).

Em um contexto geral, os coeficientes de mortalidade evidenciam redução nos últimos dez anos em todas as faixas etárias, com exceção da faixa de 60 anos ou mais, que mostrou aumento de 38,5%. Esse aumento do coeficiente de mortalidade pela AIDS nessa faixa etária foi observado para ambos os sexos. Entre os homens, os jovens de 20 a 24 anos também apresentaram uma leve tendência de aumento no coeficiente de mortalidade por AIDS: em 2009, o coeficiente

era de 3,0 e, em 2019, passou para 3,3 óbitos por 100 mil habitantes. Na população geral, as maiores reduções na mortalidade ocorreram em crianças de 5 a 9 anos (50,0%) e de 10 a 14 anos (66,7%). (BRASIL, 2020).

A transmissão materno-fetal do HIV é responsável pela maioria dos casos pediátricos da AIDS. Esse tipo de transmissão ocorre mais frequentemente intraútero ou durante o parto, embora a transmissão por meio da amamentação também seja possível. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

Portanto a infecção pelo HIV em gestante, também é um grave problema de saúde pública, uma vez que aumenta o risco de morbimortalidade nessa população, bem como há o risco de sua transmissão vertical. No decorrer de dez anos, ocorreu um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes. Em 2009, eram 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. (BRASIL, 2020).

3.3 Fisiopatologia

O sistema imunológico raramente consegue conduzir uma resposta imune eficaz quando ocorre a infecção pelo vírus do HIV. Embora a infecção aguda inicial pareça ser controlada pelo sistema imune, o HIV continua a replicar-se rapidamente e a infectar novas células. A infecção inicial pelo HIV ocorre após a troca de líquidos do corpo de uma pessoa infectada para uma não infectada. Entre as principais vias de transmissão do vírus é a de uma mãe infectada para seu bebê, no parto ou pelo leite materno. A taxa de transmissão da mãe infectada para a criança durante a amamentação oscila de 11% a 60%, dependendo da gravidade da infecção determinada pela carga viral e da frequência de amamentação. (MURPHY, 2014).

Para exemplificar melhor, as partículas virais do HIV parecem estabelecer a infecção inicialmente em um pequeno número de células T CD4 da mucosa, onde eles se replicam localmente antes de migrar para os linfonodos de drenagem de mucosa. O compartimento linfoide da mucosa é enriquecido para células T CD4 de memória que expressam o receptor CCR5 e, assim, a replicação viral é favorecida nesses sítios e nos linfonodos que fazem sua drenagem. Após a replicação acelerada nos linfonodos regionais, o vírus dissemina-se amplamente pela corrente sanguínea e, em particular, ganha amplo acesso aos tecidos linfoides associados ao

intestino, onde há um número elevado de células T CD4 do organismo. (MURPHY, 2014).

A síndrome é caracterizada pela diminuição quantitativa e qualitativa dos linfócitos T, fragilizando a atuação do sistema imunológico. A redução da atuação do sistema imunológico do indivíduo faz com que este fique suscetível a várias infecções por inúmeros micro-organismos oportunistas. (FERREIRA et al., 2015).

De maneira imediata a infecção pelo HIV não é responsável por causar a AIDS, e os aspectos de como e quando os pacientes infectados pelo vírus progredirão para a expressão da doença permanecem controversos. Há evidências que implicam claramente a multiplicação do vírus nas células T CD4, e a resposta imune a ele, como a chave do enigma da AIDS. (MURPHY, 2014).

3.4 Tipos de HIV

Existem dois tipos de HIV, o HIV-1 e HIV-2, cuja genotipagem é realizada por meio da análise filogenética de sequências nucleotídicas dos vírus. A classificação atual é hierárquica e consiste em tipos, grupos, subtipos, sub-subtipos e formas recombinantes. (BRASIL, 2013).

O HIV-1 é subdividido em 4 grupos: grupo M, grupo N, grupo O, o mais divergente dentre os grupos, e ainda o grupo P. A maioria das infecções ocorrem com HIV-1 do grupo M, o qual é diferenciado em subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J e K). O HIV-1 é o responsável por quase todos os casos da AIDS no mundo, exceto no oeste da África. (BRASIL, 2013).

O HIV-2 são subdivididos em cinco subtipos: A, B, C, D e E. Embora ainda não conhecida, especula-se a possibilidade de variantes virais possuírem diferentes índices de transmissibilidade ou patogenicidade. O HIV-2 pode ser transmitido da mãe para o filho, mas tem curso clínico da infecção mais lento e menos grave. É encontrado principalmente no oeste da África. (FEBRASGO, 2011).

3.5 Fases clínicas

A infecção pelo HIV se diferencia em três fases clínicas. Uma das primeiras fases é a infecção aguda pelo HIV, é o período de viremia caracterizado por sintomas inespecíficos da infecção. Desenvolve-se em 50 a 70% dos adultos infectados, normalmente entre 3 e 6 semanas após a infecção. Há um pico da concentração viral plasmática e uma redução discreta da contagem de células T CD4+, embora o número de células TCD4+ sanguíneas geralmente retorne ao normal.

Em muitos pacientes, no entanto, a infecção é silenciosa e não há sintomatologia. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

Até a fase seguinte, denominada crônica ou latência clínica podem decorrer muitos anos. Neste tempo, o vírus permanece no interior de tecidos linfoides e a perda de células T CD4+ é corrigida por reconstituição a partir de células progenitoras. Os pacientes permanecem assintomáticos ou sofrem de infecções pouco graves. Dentro de 2 a 6 meses após a infecção, a concentração viral plasmática se estabiliza em um nível que difere entre os pacientes. Esse nível de concentração viral e o número de células T CD4+ sanguíneas são preditores clínicos úteis de progressão da doença. No decorrer da progressão da doença, os pacientes tornam-se suscetíveis a outras infecções e as respostas imunes a estas infecções podem estimular a replicação do HIV e acelerar a destruição dos tecidos linfoides. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

Por fim, tem-se a última fase causadora da AIDS na qual os indivíduos apresentam alta taxa de vírus, que poderá ser fatal quando a contagem de células T CD4+ sanguíneas cai para menos de 200 células/mm³. A viremia do HIV pode aumentar drasticamente à medida que a replicação viral acelera sem controle em outros reservatórios além das células T.

Os pacientes com AIDS sofrem de combinações de infecções oportunistas, neoplasias, caquexia (síndrome de emaciação por infecção pelo HIV), insuficiência renal (nefropatia pelo HIV) e degeneração do sistema nervoso central (encefalopatia associada à AIDS). (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

3.6 Principais complicações do HIV

A infecção causada pelo HIV acomete indistintamente homens e mulheres, e pode afetar gestantes e/ou seus recém-nascidos. A infecção pelo HIV é um fator de risco para complicações obstétricas e perinatais em gestantes e recém-nascidos. (ALVES, 2017).

Algumas das complicações relacionadas à infecção pelo HIV, nas mulheres, está relacionada ao uso de drogas injetáveis, múltiplos parceiros sexuais ou parceiro único HIV positivo ou em situações de risco. Com outras doenças crônicas, a incidência de intercorrências obstétricas não se eleva, permanecendo o aborto espontâneo, a restrição do crescimento intrauterino, o parto prematuro e leva à morte fetal. (PEREIRA,1996).

Gestantes HIV positivas geralmente tem mais infecções urinárias e ameaça de parto

prematureo, mesmo com número elevado de consultas pré-natais. Mostrando assim o risco elevado que essas gestantes apresentam de perda fetal precoce e o óbito perinatal. (ALVES,2017).

O aconselhamento às mães infectadas pelo HIV tem como objetivo levá-las a compreenderem os riscos em potencial da transmissão do vírus através do leite materno, mesmo com os benefícios conhecidos da amamentação. (TESS *et al.*, 1998).

3.7 Sinais e sintomas do HIV em gestantes

Os principais sinais e sintomas da infecção pelo HIV na fase aguda incluem febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. Pode ocorrer febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Alguns pacientes desenvolvem exantema de curta duração após o início da febre, afetando geralmente a face, pescoço e/ou tórax superior, mas podendo se disseminar para braços, pernas, regiões palmares e plantares. (BRASIL, 2018).

O exame físico deve ser completo e incluir a aferição da pressão arterial, peso, altura, cálculo do índice de massa corpórea e medida da circunferência abdominal. (BRASIL, 2013).

O exame da pele, uma vez que diversos sinais e sintomas presentes podem estar associados à infecção pelo HIV. Quanto mais baixa a contagem de LT-CD4+, mais frequentemente os pacientes devem ser examinados. (BRASIL, 2013).

3.8 Diagnóstico

Embora a maioria das pessoas infectadas pelo HIV acabe desenvolvendo AIDS, cerca de 1% das pessoas infectadas não desenvolverão esta doença. Essas pessoas têm contagens altas de células T CD4 + e CD8 +, podendo ter viremia persistente, mas nenhuma doença por pelo menos 10 a 15 anos. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

Com isso, o princípio da abordagem inicial de uma pessoa diagnosticada com a infecção pelo HIV é estabelecer uma sólida relação médico-paciente. O uso de uma linguagem clara e acessível é fundamental para a compreensão dos aspectos essenciais da infecção, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão e do tratamento. (BRASIL, 2018).

Ainda é grande a proporção de gestantes infectadas pelo HIV que não são sujeitas às ações

profiláticas recomendadas pelo PN-IST/AIDS (Programa Nacional de IST/Aids). Boa parte destas mulheres não têm acesso ao teste de HIV, seja pela sua condição social, seja por falhas no sistema de saúde. A ausência de detecção precoce da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil. (JÚNIOR et al., 2002).

Os fluxogramas, de acordo com a classificação de Fiebig, ou seja, um sistema de estagiamento laboratorial da infecção recente pelo HIV. Os ensaios de ELISA de terceira geração permitiram a detecção de IgM e IgG e representaram um avanço no diagnóstico da infecção recente pelo HIV; porém, foram desenvolvidas novas tecnologias, como, por exemplo os testes de quarta geração que possibilitam a detecção combinada de antígeno e anticorpo, permitindo diminuir ainda mais o período de janela diagnóstica do HIV. Os testes de 3ª e 4ª geração são mais sensíveis do que os testes confirmatórios convencionais (Western blot - WB, Imunoblot - IB, ou Imunoblot Rápido - IBR), tornando fluxogramas com essa composição de ensaios inadequados para a detecção de infecções recentes e de baixo custo-efetividade. Por essa razão, testes moleculares empregados como testes confirmatórios são mais adequados para o diagnóstico de infecções agudas e/ou recentes. (BRASIL, 2013).

O HIV pode ser diagnosticado por meio da detecção direta de componentes do vírus (antígeno p24, RNA ou DNA proviral). A averiguação do antígeno p24 do HIV-1/2 ou de RNA ou DNA desempenha um papel importante quando a detecção de anticorpos não é possível. São especialmente úteis para o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos. A detecção molecular de ácido nucleico é mais sensível do que a detecção de p24. (BRASIL, 2013).

Os testes rápidos embora não façam parte da rotina do Laboratório de Saúde Pública, é importante tecer algumas considerações sobre sua utilização no Brasil. De acordo com o preconizado pelos Manuais Técnicos para diagnóstico da infecção pelo HIV, os testes rápidos são fundamentais para a ampliação do acesso ao diagnóstico e aumentam a resolubilidade do sistema. Além disso, permitem imediata intervenção médica nos casos que requerem tratamento. Constituem também uma ferramenta importante no cenário epidemiológico brasileiro, pois a maior parte dos indivíduos é diagnosticada na fase crônica da doença. (CASTEJON, 2019).

Os testes pelo método de ELISA não permitem resultados rápidos, limitando seu uso na

identificação de pacientes em situação de urgência diagnóstica, como a gestante no qual é extremamente essencial no trabalho de parto. Para esta finalidade foram desenvolvidos os testes rápidos, mais simples, rápidos e de baixo custo, permitindo a identificação das gestantes portadoras do vírus e a instituição de medidas que reduzem a transmissão vertical desse micro-organismo. (DUARTE *et al.*, 2001).

O princípio do teste rápido em pauta é imunocromatográfico, detectando qualitativamente anticorpos contra o HIV-1/2. (DUARTE *et al.*, 2001).

Apesar da opção pelo teste rápido frequentemente o diagnóstico da infecção se dá principalmente por meio da sorologia anti-HIV no início da gravidez, mas estão disponíveis também os testes confirmatórios, como IB e WB. Pode-se, ainda, realizar a genotipagem, com o objetivo de atingir melhores resultados no controle da infecção materna e consequentemente diminuir o risco de infecção vertical. (FREITAS, 2019).

3.9 Tratamento

Quanto ao tratamento a adesão à terapia antirretroviral e a manutenção da carga viral baixa, reduz o risco de transmissão sexual do HIV, tornando-se, portanto, uma opção segura para impedir a transmissão sexual para os casais soros diferentes. Esta medida é particularmente eficaz entre parceiros sexuais heterossexuais. (ATTIA *et al.*, 2009; DONNELL *et al.*, 2010; MMEJE, COHEN e COHAN, 2012; COHEN *et al.*, 2017; PATEL *et al.*, 2015; RODGER *et al.*, 2016; SALEEM *et al.*, 2017; SAVASI *et al.*, 2013).

A continuidade da profilaxia de pré-exposição deve ser avaliada com mulher grávida e/ou conduzir a recuperação do uso do preservativo, de acordo com as escolhas da mulher e seu parceiro sexual, uma vez que a gestação está associada a um risco aumentado de aquisição do HIV (MATTHEWS, 2018; MOFENSON, 2017).

O acesso universal ao tratamento e à prevenção do HIV e de doenças sexualmente transmissíveis possibilitou transformar o cenário da epidemia no país. A queda nas taxas de transmissão vertical do HIV, a redução da morbimortalidade da infecção e o aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e AIDS são uma realidade, caracterizando o atual perfil crônico da doença. (BRASIL, 2010).

As pacientes com HIV devem ser informadas quanto à possibilidade de gestação futura e

à importância de que ela seja planejada, para evitar transmissão vertical do HIV. O profissional de saúde deve acolher o desejo de gestação da mulher com HIV de forma empática. Idealmente a pessoa com HIV deve estar em uso de antirretroviral, com carga viral indetectável, CD4 elevado, sem outras infecções sexualmente transmissíveis em atividade e sem vaginose bacteriana. Nessas condições, o risco de transmissão da doença é muito baixo, porém, ainda existe, uma vez que em algumas raras situações a carga viral pode ser indetectável no soro, porém detectável no sêmen, e devido ao fato de que a carga viral pode aumentar, muitas vezes de forma transitória, no período entre a realização do exame e o coito. Para casais soro discordantes, pode-se considerar usar a profilaxia pós-exposição após relação sexual desprotegida. (BRASIL, 2016).

O Brasil oferece profilaxia pré-exposição por meio do sistema público de saúde. No entanto, a pré-exposição também está disponível por meio de clínicas privadas, Internet, organizações não governamentais e estudos-piloto no Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Haiti, México, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai. O número geral de pessoas em pré-exposição em toda a região permanece insuficiente para ter um impacto significativo sobre a epidemia. O autoteste de HIV e a transição para regimes de tratamento de primeira linha à base de dolutegravir estão avançando em países da região. (UNAIDS, 2020).

Os antirretrovirais revolucionaram o tratamento da infecção pelo HIV e vem sendo recomendado o tratamento cada vez mais precoce, com o objetivo de diminuir a transmissibilidade. As junções de antirretrovirais atualmente utilizadas são em geral bem toleradas e há boa experiência de uso, o que permite manter o manejo de seus efeitos adversos. (BRASIL, 2016).

O ministério da saúde recomenda que a terapia antiretroviral (TARV) deve ter início preferencialmente no primeiro trimestre de gestação da seguinte maneira: se genotipagem pré-tratamento comprovar ausência de mutações para Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), o esquema preferencial é a associação do tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFZ); se genotipagem pré-tratamento não estiver disponível ou quando comprovar resistência transmitida a ITRNN, iniciar com TDF + 3TC + atazanavir/ritonavir (ATV/r). Para as gestantes que irão iniciar o tratamento no segundo trimestre de gestação o esquema inicial preferencial deve incluir dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) associados a um inibidor de integrase (INI): TDF + 3TC + dolutegravir (DTG). (BRASIL, 2021).

4 PROFILAXIA

Com a identificação precoce do recém-nascido infectado verticalmente é essencial para indicar o início da terapia antirretroviral e da profilaxia das infecções oportunistas. Através da placenta da mãe onde os anticorpos têm contato com o feto, com os anticorpos maternos IgG anti-HIV interferem no diagnóstico da transmissão vertical, principalmente no terceiro trimestre de gestação. Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade. Com isso, a detecção de anticorpos anti-HIV não é determinante para o diagnóstico em crianças menores de 18 meses, sendo necessária a realização de testes que detectem o material genético do vírus, como a quantificação da carga viral. O diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças é orientado de acordo com a faixa etária. (BRASIL, 2018).

Em relação às pacientes com teste HIV positivas, o aconselhamento é de extrema importância para se evitar o acesso tardio aos serviços especializados. Para as puérperas cujo resultado é negativo, o aconselhamento também é importante na devolução do resultado e na ação educativa visando à redução da vulnerabilidade destas mulheres ao HIV/AIDS. (FONSECA, 2012).

É importante salientar também que o diagnóstico precoce das IST/AIDS, não deve ser focado apenas para as parturientes e gestantes, mas sim para todas as mulheres em idade reprodutiva, visto que é de grande importância a detecção precoce não só durante uma gestação, mas como forma de evitar possíveis complicações dessas doenças. Ademais, é importante que haja um aprimoramento da conexão entre a unidade básica de saúde (UBS) e os centros obstétricos e de referências de HIV/AIDS, já que as UBS são ordenadoras dos cuidados básicos da família. (VILHABA, 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário atual do país verificamos uma melhora considerável no número de casos de gestantes portadores de HIV. Esta melhora se deve a uma longa estratégia pública em levar à essas mulheres as informações necessárias para seu bem-estar. Do ponto de vista das gestantes, no qual esse artigo retrata, foram observadas melhoras não somente para a gestante, mas também para o conceito, e essa vitória esta estritamente relacionada ao acompanhamento prévio com o pré-natal, aconselhamento e o auxílio das medicações adequadas no cotidiano das mulheres e no decorrer da gestação. Com um tratamento e acompanhamento prévio há diminuição na transmissão vertical

e com isso um menor número de infecções nas futuras gerações.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. (TRAD. FARIAS, A.S.); **Imunologia Celular e Molecular**, 9ª ed., Elsevier: Rio de Janeiro, 2019 ATTIA, S. *et al.* Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: Systematic review and meta-analysis. *Aids*, v. 23, n. 11, p. 1397–1404, 2009.

ABEYA, RENATA et al. Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 385-390, Dec. 2004.

ALVES, MÉRCIA MARIA RODRIGUES. **Complicações obstétricas e perinatais em gestantes com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos**: Ministério da Saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS**. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006 a. p. 3-5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV 2008**. 7a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Secretaria municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida. **Infecção pelo HIV e AIDS**. 1a. ed. RIO DE JANEIRO: Ministério da Saúde; 2016.

_____. Ministério da Saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV**: Ministério da Saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 11/2020/CGIST/.DCCI/SVS/MS - Atualização das recomendações de terapia antirretroviral (TARV) em gestantes vivendo com HIV**, disponível em http://azt.aids.gov.br/documentos/Informe%20n%C2%BA%2013_20%20-%20Of._Circular%2011_20%20-%20atualiz.%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20TARV%20em%20gestantes.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

CASTEJON, MÁRCIA JORGE et al. Orientações técnicas para o diagnóstico rápido e laboratorial da infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais. **BEPA, Bol. Epidemiológico. Paul. (Impr.)**, p. 19-26, 2019.

DUARTE, GERALDO et al. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 107-111, Mar. 2001.

FEBRASCO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, **Manual de Orientação de Gestação de Alto Risco**. Paraná, 2011.

FERREIRA, TEREZA CRISTINA DOS REIS. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico dos Portadores do HIV/AIDS com Coinfecção de uma Unidade de **Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais**. Pará, Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 419-431, 2015.

FONSECA, P. L.; IRIART, J.A.B. STD/Aids counseling for pregnant women who underwent the anti-HIV test on admission for delivery: the meanings of practice. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.395-407, abr./jun. 2012.

JESUS, GISELLE JULIANA DE et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

GALVÃO, J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo, 1999. GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo (SP): Atlas; 2002

GRANICH, REUBEN et al. Highly active antiretroviral treatment as prevention of HIV transmission: review of scientific evidence and update. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 5, n. 4, p. 298, 2010.

KAIO DJI. **Concentrações séricas de vitamina A e E e beta-caroteno em adultos HIV/Aids em terapia antirretroviral de alta potência.** 153 f. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em nutrição em saúde pública–FSP-USP, 2010.

MURPHY, KENNETH. **Imunobiologia de Janeway-8.** Artmed Editora, 2014.

MOFENSON, L. M.; BAGGALEY, R. C.; MAMELETZIS, I. Tenofovir disoproxil fumarate safety for women and their infants during pregnancy and breastfeeding. **Aids**, v. 31, n. 2, p. 213–232, 2017.

MATTHEWS, L. T. *et al.* Consensus statement: Supporting Safer Conception and Pregnancy For Men And Women Living with and Affected by HIV. **AIDS and Behavior**, v. 22, n. 6, p. 1713–1724, 2018.

ORTIZ, SILVIA FREITAS; GERON, Vera Lúcia Matias Gomes. **Farmacoterapia para prevenção da transmissão vertical do hiv em gestantes.** 2019.

Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Manejo Da Infecção Pelo Hiv Em Crianças E Adolescentes Brasília – 2018

PEREIRA LIA. HIV: transmissão materno-fetal [revisão]. **Rev. Patol Trop**, v.25, p. 1-4, 1996.

SILVA, T. F. D; VILELA, Y. A. S; CORDEIRO, M. B. L. Consulta de enfermagem à gestante recém-diagnosticada com o vírus HIV em uma policlínica de referência da cidade de Manaus, Estado do Amazonas: **Brazilian Journal of Health Review**: subtítulo da revista, Manaus/AM, v. 4, n. 1, p. 38863893, fev./2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25456/20286>. Acesso em: 26 mar. 2020.

SILVA, ROBERTA MARIA DE OLIVEIRA; ARAUJO, CARLA LUZIA FRANÇA; PAZ, FATIMA MARIA TRIGO DA. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 630-636, Dec. 2008.

SOUSA JÚNIOR PRB, SZWARCOWALD CL, BARBOSA JÚNIOR A, CARVALHO MF, CASTILHO E A. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo - sentinela parturiente - Brasil 2002. **Rev. Saúde Pública**. 2004;38(6):764-72.

RODRIGUES CS, PERREAULT M. **A feminização do HIV/AIDS sob a perspectiva de mulheres infectadas:** uma questão de gênero. 124 f. Dissertações de Mestrado (Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2013.

TESS BH, RODRIGUES LC, NEWELL ML, DUNN DT, LAGO TD. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1. São Paulo State, Brazil. **São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1.** AIDS. 1998;12(5):513-20.

VILHABA, J.J, LIMA, I.M, MORAES, I.D.S, LIMA, I.M, MONTINO, M.C, SANTOS, F.C.Q, BARBOSA, P.F Transmissão vertical de HIV e pré-natal: revisão sistemática da literatura. DOI: 10.18605/2175-7275/cereus.v13n1p32-39 **Revista Cereus** 2021 v. 13. N.1