



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA -

IMIP

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM
EXPOSIÇÃO PERINATAL AO HIV ACOMPANHADOS EM UM SERVIÇO DO
NORDESTE DO BRASIL**

Artigo apresentado enquanto relatório final ao
Programa de Iniciação Científica da FPS
referente ao processo seletivo do edital PIC
FPS 2022/2023

Autora: Renata Vitória de França Sales

Estudantes colaboradores: Alberto Guilherme de Azevedo de Lira Neto

Ana Carolina Bezerra Chagas Santos

Simonton Assis Ferreira Sousa De Oliveira

Orientador: Alberto de Barros Lima Filho

Coorientadora: Rubiane Gouveia de Souza e Silva

Recife

2023

Estudante autor:

Renata Vitória de França Sales - Estudante de graduação do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de saúde (FPS-IMIP) RG: 8023890 CPF: 116223584-57 Endereço: Rua Padre Carapuceiro, 821, Boa Viagem, Recife (PE) Telefone: (81) 9 8202-2402. E-mail: renatavitoria.22@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-0795-4179

Estudantes colaboradores:

Simonton Assis Ferreira Sousa de Oliveira - Estudante de graduação do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de saúde (FPS-IMIP) RG: 9666222 CPF: 09514283490 Endereço: Praça Souto Filho, 696, Heliópolis, Garanhuns (PE) Telefone: (87) 9 9949 0018. E-mail : simontonassis@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3447-4912

Alberto Guilherme de Azevedo de Lira Neto - Estudante de graduação do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de saúde (FPS-IMIP) RG: 9185612 CPF: 13251416405 Endereço: Rua Padre Carapuceiro, 813 Boa viagem Recife (PE) Telefone : (81)9 9971 0233. E-mail: alberto.guilhermelira@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-6709-4692

Ana Carolina Bezerra Chagas Santos - Estudante de graduação do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de saúde (FPS-IMIP) RG: 51130530 CPF: 71143902467 Endereço: Rua Gutemberg Campelo, número 100, Recife (PE) Telefone : (81)9 9493 9099 E-mail : anacarol.bcsantos@gmail.com
ORCID: 0009-0007-0469-7799

Orientador:

Alberto de Barros Lima Filho - Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco. Residência médica em Pediatria e Infectologia Pediátrica. Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Professor da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Pediatra do IMIP e do Hospital Correia Picanço Telefone: (81) 98825- 1598 E-mail: albertoblff@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6942-802X

Co-orientadora:

Rubiane Gouveia de Souza e Silva - Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) – IMIP, Rua Manoel Graciliano de Souza, 741, Jardim Atlântico - Olinda/ PE. Rg: 7698598 SDS/PE. CPF: 081.126.954-07. Celular: 81 98784.7349
E-mail: rubiane.gouveia@fps.edu.br
ORCID: 0000-0002-8483-4621

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes perinatalmente expostos ao HIV acompanhados no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) entre janeiro de 2022 a junho de 2023. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e descritivo do tipo corte transversal com a revisão de prontuários médicos e a aplicação de um questionário que avalia variáveis clínicas e epidemiológicas. **Resultados:** O estudo envolveu 91 pacientes expostos ao HIV perinatalmente. Os participantes foram divididos em dois grupos: aqueles não contaminados, contabilizando 63 pacientes (69,2%), o grupo A, e aqueles contaminados, totalizando 28 pacientes (30,8%), o grupo B. Sobre o número de consultas de pré-natal, verificou-se que 65,1% das mães do grupo A receberam um cuidado pré-natal adequado. No grupo B, apenas 42,9% das mães receberam esse cuidado de forma adequada. O IMIP foi o principal local de realização do pré-natal no grupo A, enquanto os postos de saúde prevaleceram no grupo B. No que concerne ao estado nutricional, apenas o grupo B apresentou níveis baixos. **Conclusão:** Os resultados revelaram associações significativas entre as variáveis estudadas e o risco de contaminação. O pré-natal inadequado foi identificado como fator contribuinte para a transmissão vertical do HIV, assim como foi identificada uma relação entre a contaminação e um pior estado nutricional.

Palavras chave: Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas; HIV; Assistência Perinatal.

ABSTRACT

Objective: To characterize the clinical and epidemiological profile of patients perinatally exposed to HIV followed up at the Professor Fernando Figueira Institute of Integrative Medicine (IMIP) between January 2022 and June 2023. **Methods:** This is a quantitative, observational and descriptive cross-sectional study with a review of medical records and the application of a questionnaire assessing clinical and epidemiological variables. **Results:** The study involved 91 patients exposed to HIV perinatally. The participants were divided into two groups: those who were not contaminated, accounting for 63 patients (69.2%), group A, and those who were contaminated, totaling 28 patients (30.8%), group B. Regarding the number of prenatal consultations, it was found that 65.1% of mothers in group A received adequate prenatal care. In group B, only 42.9% of mothers received adequate prenatal care. IMIP was the main place where prenatal care was provided in group A, while health centers prevailed in group B. With regard to nutritional status, only group B had low levels. **Conclusion:** The results revealed significant associations between the variables studied and the risk of contamination. Inadequate prenatal care was identified as a contributing factor to vertical transmission of HIV, as was a relationship between contamination and poor nutritional status.

Keywords: Vertical Transmission of Infectious Diseases; HIV; Perinatal Assistance.

INTRODUÇÃO

O HIV é um retrovírus com genoma ácido ribonucleico (RNA), da Família Retroviridae (retrovírus) e subfamília Lentivirinae. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia de ácido desoxirribonucleico (DNA), que pode, então, integrar-se ao genoma do hospedeiro.

1,2

Dentre as formas de transmissão do HIV, destacam-se como mais relevantes as vias sexual, sanguínea e vertical, sendo esta a de maior prevalência no público infantil.¹ Por definição, a transmissão vertical é aquela na qual ocorre passagem do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Nesse contexto, a AIDS infantil foi reportada pela primeira vez em 1982, e à medida que surgiam novos casos, observava-se que estas crianças apresentavam um importante fator em comum: eram filhos de mães infectadas pelo HIV. Desde então, ficou cada vez mais evidente que a grande maioria dos casos infantis de infecção pelo HIV está ligada à transmissão vertical, condição que pode ser evitada com medidas preventivas simples, como o acompanhamento pré-natal e o uso de medicamentos antirretrovirais pela gestante.^{3,4}

Devido às ações de profilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV, espera-se um maior cuidado com crianças expostas ao vírus e não infectadas do que com crianças infectadas. Porém, o risco da transmissão vertical persiste, inclusive com possibilidade de infecção pelo HIV mediante o aleitamento materno. A transmissão por aleitamento materno pode se dar pela mãe com resultado não reagente para HIV no pré-natal e no momento do parto, mas que se infectou durante a lactação.³ Em vista disso, o aleitamento

materno é contra-indicado na criança filha de mãe infectada pelo HIV. Consequentemente, deverá ser assegurado o fornecimento contínuo de fórmula infantil por no mínimo 12 meses.^{5,6}

Nos casos de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, que não possam ser alimentados com fórmula infantil, a alimentação deve ser realizada com leite pasteurizado de bancos de leite credenciados pelo Ministério da Saúde. Contraindica-se o aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher) e o uso do leite materno com pasteurização domiciliar.⁵

A profilaxia da transmissão vertical do HIV com antirretrovirais deve ser realizada imediatamente após o nascimento em todas as crianças nascidas de mães com HIV/AIDS, preferencialmente ainda na sala de parto, devendo ser mantido durante as primeiras quatro semanas de vida.^{3,6} Não há estudos que comprovem benefício do início da quimioprofilaxia após 48 horas do nascimento. Sua indicação após esse período fica a critério médico.⁵

Em relação à classificação de risco de exposição ao HIV, fazem parte do grupo de alto risco: mães sem pré-natal; mães sem TARV durante a gestação; mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam; mães com início de TARV após 2ª metade da gestação; mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento; mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV; mães sem CV-HIV conhecida; e mães com teste rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio). Já o grupo de baixo risco é composto por: mães em uso de TARV desde primeira metade da gestação, com CV do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) e sem falha na adesão à TARV. ⁵

Os recém-nascidos do grupo de baixo risco de exposição e aqueles com idade gestacional abaixo de 34 semanas, independentemente do risco de exposição, devem receber profilaxia por meio de solução oral de Zidovudina (AZT), por um período de 28 dias. Já nos

casos de alto risco de exposição, o esquema é composto pela associação de AZT, Lamivudina (3TC) e Raltegravir (RAL) num esquema com a mesma duração de 28 dias. Tendo em vista que o RAL não pode ser administrado em crianças com idade gestacional abaixo de 37 semanas, para esta situação o esquema envolve a administração de AZT e 3TC por 28 dias concomitante à Nevirapina (NVP) por 14 dias.⁷

A identificação precoce do recém-nascido (RN) e da criança infectada verticalmente é essencial para indicar o início da terapia antirretroviral (TARV) e da profilaxia das infecções oportunistas (IO), além da realização do manejo das intercorrências infecciosas e dos distúrbios nutricionais. Devido à passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo imunoglobulina G (IgG) anti-HIV, estes podem persistir detectáveis na criança até os 18 meses de idade. Portanto, a detecção de anticorpos anti-HIV não é suficiente 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 (CV).⁸

Deve-se assegurar que, ao ter alta da maternidade, o recém-nascido tenha consulta agendada em serviço de referência, pois crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV deverão ser atendidas, preferencialmente, em unidades especializadas, pelo menos até a definição de seu diagnóstico. Aquelas que se revelarem infectadas deverão permanecer em atendimento nessas unidades, ao passo que as não-infectadas poderão ser encaminhadas para acompanhamento em unidades básicas de saúde. Mesmo as crianças não infectadas devem realizar acompanhamento periódico até o final da adolescência em virtude de terem sido expostas não só ao HIV, mas também, durante o período intra-uterino, às drogas antirretrovirais. Essa preocupação reside no fato de não se saberem as possíveis repercussões da exposição a tais medicamentos a médio e longo prazo.⁵A primeira coleta de CV-HIV deve ser realizada imediatamente após o nascimento e preferencialmente antes do início da

profilaxia com antirretrovirais, desde que não atrase a administração dos medicamentos. Uma vez que o primeiro exame tenha apresentado carga viral indetectável, deve-se coletar um segundo exame aos 14 dias de vida. A investigação dos casos não confirmados deve seguir com coletas de CV-HIV em duas e oito semanas após o término da profilaxia antirretroviral.⁹

Crianças que presumivelmente se infectaram com o HIV durante a gestação podem ter o vírus detectável ao nascimento. No entanto, a maioria das infecções ocorre no periparto e, nesses casos, a detecção do vírus apenas será possível dias ou semanas após o parto. Todo exame que apresentar CV- HIV detectável exige nova coleta imediata, sendo a criança considerada infectada pelo HIV caso haja dois resultados consecutivos acima de 5.000 cópias/mL.^{7,8,9}

Crianças que presumivelmente se infectaram com o HIV durante a gestação podem ter o vírus detectável ao nascimento. No entanto, a maioria das infecções ocorre no periparto e, nesses casos, a detecção do vírus apenas será possível dias ou semanas após o parto. Todo exame que apresentar CV- HIV detectável exige nova coleta imediata, sendo a criança considerada infectada pelo HIV caso haja dois resultados consecutivos acima de 5.000 cópias/mL.^{7,8,9}

O acompanhamento clínico e laboratorial de crianças expostas ao HIV deve ser mensal, nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestral a partir do primeiro ano de vida.³ Em todas as consultas deve-se registrar o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico. A avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar dificuldade de ganho de peso. No que concerne ao acompanhamento durante os dois primeiros anos de vida, é importante destacar que as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV também podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos

durante o período intrauterino e perinatal. Entre estes, destacam-se *Treponema pallidum*, vírus das Hepatites B e C, vírus linfotrópico da célula humana (HTLV-I), vírus do Herpes Simples, Citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*.^{10,11}

A infecção pelo HIV e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), em todas as faixas etárias, inclusive criança exposta, são de notificação compulsória. Os instrumentos de notificação devem ser preenchidos cuidadosamente, registrando-se todas as informações indicadas.^{3,4} De 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 152.029 (44,4%) na região Sudeste, 68.385 (20,0%) na região Sul, 65.106 (19,0%) na região Nordeste, 30.943 (9,0%) na região Norte e 25.966 (7,6%) na região Centro-Oeste. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,9/100 mil habitantes (2012) para 17,8/100 mil habitantes em 2019, configurando um decréscimo de 18,7%.¹²

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV.⁵ Nos últimos dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de casos em gestantes no país e, ao mesmo tempo, uma tendência de queda nos casos de transmissão vertical (TV) pelo vírus. Esses fatos podem ser explicados, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. O diagnóstico precoce, associado ao adequado acompanhamento clínico, obstétrico, psicológico e cuidados de enfermagem, são importantes para prover a apropriada adesão ao tratamento e a redução das taxas de transmissão vertical. Nesse sentido, destaca-se o início precoce da terapia antirretroviral combinada (TARC) para gestantes infectadas, associada a cesariana eletiva, profilaxia medicamentosa perinatal e supressão da

amamentação. Tais medidas, quando reunidas, representam a melhor estratégia para redução da TV.¹³

Vários estudos têm demonstrado que alguns fatores estão associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. Dentre estes fatores, tem-se os virais, que se caracterizam por: carga viral elevada, genótipo e fenótipo virais (diversidade circulante e resistência viral); maternos: estado clínico e imunológico comprometidos, presença de outras IST's e outras coinfeções, estado nutricional deficiente; comportamentais: reinfecção, seja por reexposição sexual ou compartilhamento de seringas; obstétricos: trabalho de parto prolongado e tempo de ruptura das membranas amnióticas (bolsa rota por mais de quatro horas aumenta a taxa de transmissão vertical progressivamente: cerca de 2% a cada hora, até 24 horas), via de parto, presença de hemorragia intraparto e parto instrumentalizado; inerentes ao recém-nascido: prematuridade, baixo peso ao nascer e tempo de aleitamento materno.¹⁴

Diante do exposto, fica evidente a importância da obtenção de dados para uma melhor caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes perinatalmente expostos ao HIV. Portanto, este trabalho objetiva descrever tais variáveis no contexto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Com isso, espera-se uma melhor elucidação do atual cenário desta condição, visando melhorias na promoção de saúde e consequente diminuição dos elevados índices de transmissão vertical do HIV.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e descritivo com componente analítico do tipo corte transversal, que caracterizou de forma clínica e epidemiológica os pacientes perinatalmente expostos ao HIV acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, serviço de atenção terciária no Nordeste do país. O estudo ocorreu durante o período de janeiro de 2022 a junho de 2023. Nesse período, foram analisados prontuários que contemplam pacientes consultados desde 1999 até o ano de 2023.

A população estudada foi composta por pacientes perinatalmente expostos ao HIV com prontuários disponíveis no local da pesquisa, sendo analisados 118 prontuários. Os critérios de inclusão foram: paciente perinatalmente exposto ao HIV, pacientes acompanhados no IMIP, pacientes que tiveram a primeira consulta com menos de 1 ano de idade. Já os critérios de exclusão foram: indisponibilidade do prontuário médico do paciente e insuficiência de dados no prontuário médico do paciente. Dos 118, 27 prontuários não se encaixaram nos critérios de elegibilidade, sendo obtidos dados de 91 prontuários considerados elegíveis e estes foram utilizados para compor a amostra do estudo.

Para tal, foi aplicado um questionário com 35 perguntas dividido em 3 sessões. A primeira sessão é referente ao bebê (Idade na primeira consulta; procedência; instituição em que ocorreu o parto; paciente de alto ou baixo risco; peso ao nascer; se foi pré-termo, termo ou pós-termo; Apgar do 1º e do 5º minuto; esquema para HIV após o nascimento e sua duração em semanas; se foi amamentado e por quanto tempo; estado nutricional; contaminação; CV detectável e seu valor; exame de TORCH; comorbidades associadas ao HIV), a segunda sessão à mãe (Idade; cidade de origem; grau de escolaridade; ocupação; renda familiar, número de residentes na casa; tipo de habitação; rede de esgoto; água

encanada; número de gestações, abortos e filhos; pré-natal; conhecimento sobre o diagnóstico de HIV; uso de TARV; realização do AZT intraparto; via de parto; tempo de bolsa rota em horas) e a terceira sessão é referente ao manejo pela equipe de saúde (Realização do aconselhamento sobre a não amamentação; não amamentação e substituição do leite materno por fórmula infantil; realização de profilaxia medicamentosa e o momento em que foi feita; uso de TARV; momento do início da TARV e esquema realizado; adesão ao tratamento; realização do AZT intraparto).

A partir das informações coletadas nos questionários, um banco de dados foi elaborado em dupla digitação por dois pesquisadores diferentes, em momentos distintos. Para a análise descritiva, foi utilizada a frequência de distribuição das variáveis categóricas (percentual), e dispersão para variáveis numéricas (médias e seus desvios ou mediana e seus quartis, a depender da normalidade dos dados).

A análise estatística foi realizada através de dois testes. O Teste X^2 de independência de Pearson foi utilizado para ver se existe associação entre as variáveis estudadas. Já o Teste Mann-Whitney foi utilizado para comparar se dois grupos possuem a mesma mediana, caso o p-valor seja menor que 0.05. Além disso, foi levado em consideração o p-valor, que representa a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra sob a hipótese nula, para evidenciar as variáveis de relevância estatística.

Na parte prospectiva do projeto, referente a coleta de dados, foi buscado sempre aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos responsáveis. Foi solicitada, no entanto, junto ao Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP (CEP-IMIP), a dispensa do TCLE para quando não fosse possível ter o consentimento por meio do TCLE (na parte retrospectiva da pesquisa baseada em prontuários anteriormente preenchidos) e foi garantido,

em qualquer das situações, o sigilo completo das informações. O presente projeto respeita os postulados da declaração de Helsinque e atende à resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Nossa pesquisa não infringiu princípios éticos, pois os pacientes não foram expostos a nenhum risco de saúde. Suas identidades foram mantidas em sigilo e não houve, em nenhum aspecto, comprometimento na qualidade da assistência de saúde que receberam.

RESULTADOS

Foram analisados 118 prontuários médicos, dos quais 27 não se enquadraram nos critérios de elegibilidade, sendo a amostra total desse estudo constituída de 91 pacientes perinatalmente expostos ao HIV acompanhados no IMIP entre 1999 e 2023. Dentro do estudo, os pacientes expostos foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro grupo (Grupo A) representado pelos 63 pacientes não contaminados (69,2% da amostra) e o segundo grupo (Grupo B) representado pelos 28 pacientes contaminados (30,8% da amostra).

Dentre os pacientes não contaminados, a média de idade na primeira consulta foi de 69,2 dias. Quanto à procedência, a maioria das crianças (28,5%) eram de Recife. O hospital onde a maioria dos nascimentos ocorreu foi o IMIP, contabilizando 47 (78,4%) casos, enquanto outros hospitais da região metropolitana e do interior, além de domicílio e UPAs, contribuíram com o restante.

Já no tocante aos contaminados, a idade média na primeira consulta foi de aproximadamente 100,4 dias. A procedência das crianças variou, com destaque para dez pacientes (35,7%) provenientes de Recife e 11 (39,27%) de outros municípios da região metropolitana. O IMIP foi o principal hospital de parto, responsável por 46,4% (13) dos casos.

De volta aos pacientes do grupo A, 33 foram classificados como alto risco de contaminação por transmissão vertical do HIV, representando (52,4%) desse grupo de participantes, 28 foram classificados como baixo risco (44,4%) e 2 tiveram esse item ignorado (3,2%). Nesses pacientes, a terapia de alto risco foi realizada em 24 casos (38%), 22 casos receberam a terapia de baixo risco (34,9%) e esse dado foi ignorado em 3 casos (4,8%). Além disso, nesse grupo a média do peso ao nascer foi de 3016,6 gramas, e a maioria dos casos (41) correspondia a gestações a termo (65,1%), enquanto 8 foram considerados pré-termo (12,7%)

e 14 (22,2%) tiveram esse dado ignorado. Quanto ao estado nutricional, variável que apresentou relevância estatística (p valor $<0,05= 0,001$), não foram registrados pacientes de baixo peso, 49 apresentaram bom estado nutricional (77,8%); 1 paciente apresentou regular estado nutricional (1,5%) e 13 tiveram este dado ignorado (20,6%).

Em contraponto, no que diz respeito ao grupo B, 26 pacientes foram considerados de alto risco (92,9%) e 2 de baixo risco (7,1%). Nesses pacientes, a terapia de alto risco foi realizada em 5 casos (17,9%), 19 casos receberam a terapia de baixo risco (67,8%) e esse dado foi ignorado em 4 casos (14,3%). Ademais, nesse grupo a média de peso ao nascer foi de 2964,7g e a maioria dos casos (15) correspondiam a gestações a termo (53,6%), enquanto 2 (7,1%) casos correspondiam a gestações pré-termo e 11 (39,3%) casos tiveram esse item ignorado. Quanto ao estado nutricional, observou-se que 18 pacientes apresentaram bom estado nutricional (64,3%); 4 apresentaram estado nutricional regular (14,2%); 3 apresentaram baixo peso (10,7%) e 3 tiveram este dado ignorado em prontuário (10,7%).

No que diz respeito a presença de outras TORCH na criança exposta não contaminada, verificou-se que apenas 2 crianças as apresentaram (3,2%), enquanto 59 (93,6%) não tiveram registro e outras 2 tiveram este dado ignorado (3,2%). No grupo B, 3 crianças (10,7%) apresentaram registro de outras TORCH, 19 (67,8%) não tiveram registro e 6 (21,4%) tiveram este item ignorado.

Ao analisar os dados maternos, no grupo A, verificou-se que a média de idade das mães era de 27,7 anos e que a maioria tinha ocupação “do lar”, correspondendo a 45 das 63 mães desse grupo (71,4%), 16 mães corresponderam a outras profissões (25,4%), não se identificou casos de mães em situação de rua e em 2 prontuários esse dado foi ignorado (3,2%). Ainda nesse grupo, quanto ao número de consultas de pré-natal (p valor $<0,05= 0,01269$), o pré-natal adequado, com 6 ou mais consultas, foi observado em 41 casos (65,1%),

em 9 casos o pré natal foi considerado inadequado (14,3%) e esse dado foi ignorado em 13 casos (20,6%). O IMIP foi a principal instituição do pré-natal, responsável pelo cuidado em 39 casos (61,9%), em 3 casos o cuidado foi feito apenas em postos de saúde (4,8%), em 3 casos o cuidado foi feito pelo CISAM (4,8%), em 1 caso o cuidado foi dividido entre o IMIP e uma instituição particular (1,6%), em 17 casos esse dado foi ignorado (27%). Em relação ao tratamento medicamentoso, no grupo A, 59 mães fizeram o uso da TARV (93,7%), 1 mãe não fez o uso da TARV(1,6%) e em 3 prontuários esse dado foi ignorado (4,8%).

Sobre o grupo B, analisando os dados maternos, observou-se que a idade média das mães foi de 25,3 anos e que a ocupação predominante foi “do lar”, correspondendo a 14 mães (50%), 9 mães corresponderam a outras profissões (32,1%), foi identificando 1 caso de mãe em situação de rua (3,6%) e em 4 prontuários a ocupação da mãe foi ignorada (14,3%). Em relação aos cuidados pré-natais nesse grupo, 12 mães realizaram o pré-natal adequado (42,9%), 8 mães realizaram um pré-natal com menos de 6 consultas, considerado inadequado (28,6%), e esse dado foi ignorado em 8 casos (28,6%). Os principais locais do cuidado pré-natal nesse grupo foram os postos de saúde, responsáveis por 13 casos (46,4%), 6 mães tiveram seu pré-natal realizado no IMIP (21,4%), 2 mães dividiram o cuidado entre o IMIP e postos de saúde (7,1%) e 2 mães tiveram esse dado ignorado no prontuário (7,1%). Sobre a terapia medicamentosa, no grupo B, 14 mães fizeram o uso da TARV (50%), 10 mães não fizeram o uso da TARV (35,7%) e esse dado foi ignorado no prontuário de 4 mães(14,3%).

Outros aspectos maternos importantes a serem considerados são o conhecimento do diagnóstico do HIV, a via de parto, o número de gestações e número de filhos. No grupo A, 38 mães receberam o diagnóstico antes do pré-natal (60,3%), 17 mães receberam o diagnóstico durante o pré-natal (27%), não foram identificado casos de diagnóstico no parto ou no pós-parto e esse dado foi ignorado em 8 casos (12,7%). Os pacientes não contaminados tiveram

ainda o parto vaginal como principal via de parto, correspondendo a 24 casos (38%), 22 mães realizaram cesária de urgência (34,9%), 13 mães realizaram cesária eletiva (20,6%) e 4 mães tiveram esse dado ignorado no prontuário (6,3%). Ademais, quanto ao número de gestações (p valor $<0,05= 0,008333$) observou-se que 9 mães apresentaram gestação única (14,3%), 29 tiveram entre 2 e 3 gestações (46,1%), 21 experienciaram 4 ou mais gestações (33,3%) e 3 pacientes (6,3%) tiveram esse dado ignorado. Já sobre o número de filhos (p valor $<0,05= 0,02176$) verificou-se que 12 mães tiveram apenas 1 filho (19%), 15 tiveram 2 filhos (23,8%), 15 tiveram 3 filhos (23,8%), 15 tiveram de 4 a 6 filhos (23,8%), 2 tiveram mais de 6 filhos (3,2%) e 4 tiveram este dado ignorado (6,4%).

No que diz respeito ao grupo B, 6 mães tinham o diagnóstico antes do pré-natal (21,4%), 7 mães receberam o diagnóstico durante o pré-natal (25%), 10 mães receberam o diagnóstico durante o parto (35,7%), 3 mães apenas souberam do diagnóstico após o parto (10,7%) e esse dado foi ignorado em 2 casos (7,1%). Ainda sobre os contaminados, 14 tiveram como via de parto a cesária eletiva (50%), 2 tiveram como via de parto a cesária de urgência (7,1%) e em 12 casos a via de parto foi vaginal (42,9%). Nesse grupo de pacientes, 11 apresentaram gestação única (39,3%), 11 tiveram entre 2 e 3 gestações (39,3%), 4 vivenciaram 4 ou mais gestações (14,3%) e 2 pacientes (7,1%) tiveram esse dado ignorado. Quanto ao número de filhos, 12 mães tiveram apenas 1 filho (42,9%), 6 tiveram 2 filhos (21,5%), 4 tiveram 3 filhos (14,2%), 3 tiveram de 4 a 6 filhos (10,8%), 1 teve mais que 6 filhos (3,5%) e 2 tiveram este dado ignorado (7,1%).

No que concerne à escolaridade materna, o grupo A foi composto por 6 mães de ensino fundamental completo (9,5%), 23 de fundamental incompleto (36,5%), 16 de médio completo (25,4%), 14 de médio incompleto (22,2%), 3 de superior completo (4,8%) e 1 paciente (1,6%) teve este dado ignorado. No grupo B, quanto à escolaridade materna, foram contempladas 4

mães de ensino fundamental completo (14,3%), 12 de ensino fundamental incompleto (42,9%), 6 de médio completo (21,4%), 3 de médio incompleto (10,7%) e 3 tiveram este dado ignorado (10,7%).

No âmbito do manejo da equipe de saúde, destacam-se a não amamentação e substituição por fórmula infantil, a profilaxia medicamentosa para infecções oportunistas e a realização de AZT intra-parto. No grupo de pacientes não contaminados, não houve nenhum registro de amamentação e 55 pacientes realizaram a profilaxia medicamentosa (87,2%), enquanto 4 (6,4%) não a efetuaram e outros 4 tiveram este dado ignorado (6,4%). Ainda dentro do grupo A, no que diz respeito à realização de AZT intraparto, 42 pacientes realizaram esta medida (66,7%), 8 não realizaram (12,7%) e 13 (20,6%) tiveram este dado ignorado.

Em contrapartida, no grupo composto pelos pacientes contaminados, foram observados 2 casos de amamentação (7,1%). Nesse mesmo grupo, 20 pacientes realizaram a profilaxia medicamentosa (71,4%), 4 não a realizaram (14,2%) e 4 tiveram esse dado ignorado (14,2%). Já no tocante à realização do AZT intraparto, 10 pacientes efetuaram esta medida (35,7%), 5 não a realizaram (17,9%) e 13 (46,4%) tiveram o dado ignorado.

DISCUSSÃO

A taxa de transmissão vertical do HIV atinge cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV+ quando não são realizadas todas as intervenções de profilaxia, índice este que pode ser reduzido a níveis entre 1 a 2 % com a aplicação de medidas adequadas durante o pré-natal, parto e puerpério.¹⁷ Nesse contexto, ressalta-se que a divisão dos pacientes perinatalmente expostos ao HIV em grupos de contaminados e não contaminados permite, para além da comparação clínica e epidemiológica, a identificação de padrões ou fatores de risco.

A partir dos dados coletados neste estudo, concluiu-se que a média de idade na 1ª consulta dos pacientes não contaminados foi de 69,2 dias, em oposição a média de 100,4 dias de idade na 1ª consulta dos pacientes contaminados, evidenciando que o grupo A recebeu o cuidado pós-natal mais precocemente. Na literatura, em consonância com os achados do presente estudo, observa-se que a chance de transmissão vertical é maior em crianças com início mais tardio de acompanhamento especializado.¹⁸

No tocante à procedência, Recife e outros municípios da região metropolitana se destacam em ambos os grupos de pacientes, sendo responsáveis por 28,5% dos casos no grupo A e 35,7% do grupo B. Já sobre o local de nascimento, o IMIP foi o principal hospital de parto em ambos os grupos, contabilizando 78,4% do grupo A e 46,4% do grupo B. Tal realidade destaca o IMIP como importante centro de referência no cuidado materno infantil em Pernambuco.

Sobre o risco de contaminação, 52,4% dos pacientes do grupo A foram considerados de alto risco, em detrimento aos 92,9% do grupo B. Ainda, é considerável que no grupo A a terapia de alto risco foi realizada em 38% dos casos, enquanto que no grupo B foi realizada em apenas 17,9% dos casos. Tais dados, apesar de não possuírem $p < 0,05$, sugerem que os

pacientes com características de alto risco, sobretudo no grupo B, apresentaram maior taxa de contaminação. Em contrapartida, evidenciou-se que houve inadequação terapêutica significativa no grupo B, dado que em um contexto de 26 pacientes caracterizados como de alto risco, apenas 5 receberam terapia condizente com o esperado.

No que tange à idade gestacional no nascimento, em ambos os grupos, observou-se predomínio de gestações a termo, com 65,1% dos casos no grupo A e 53,6% no grupo B, corroborando com os resultados encontrados no estudo epidemiológico para caracterização dos pacientes perinatalmente expostos ao HIV realizado no Hospital Nacional Mario Catarino Rivas em Honduras, o qual demonstrou uma maior prevalência de nascimentos a termo (90%).¹⁹ A média de peso ao nascer no grupo dos não contaminados foi de 3016,6 gramas, enquanto que no grupo dos contaminados foi de 2964,7g. No que diz respeito ao estado nutricional, variável estaticamente relevante ($p = 0,001$) dentre os participantes do grupo A, nenhum foi considerado de baixo peso, e a maioria foi classificada com bom estado nutricional (77,8%), enquanto que no grupo B, um total de 3 pacientes (10,7%) foi considerado de baixo peso, e assim como no grupo A, houve predomínio de crianças com bom estado nutricional (64,3%), mesmo com a proibição do aleitamento materno em ambos os grupos.

Ao analisar os dados maternos, a média de idade da mãe foi 27,7 anos no grupo A, ao passo que no grupo B foi de 25,3 anos. Esses dados divergem do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018, emitido pelo Ministério da Saúde, em que a maioria dos casos estava na faixa de 20 a 24 anos. Em ambos os grupos, a ocupação predominante foi "do lar", correspondendo à 71,4% dos casos no grupo A e 50% dos casos no grupo B. Deve-se destacar que no grupo A não foram identificados casos de mães em situação de rua, porém no grupo B houve registro de 1 caso (3,6%).

Com relação ao cuidado pré-natal, verificou-se que 65,1% das mães do grupo A realizaram 6 ou mais consultas, o que configura um cuidado pré-natal adequado, enquanto que no grupo B 42,9% das mães receberam esse cuidado de forma adequada. Destaca-se que esta variável possui p valor $< 0,05$ (0.01269) , sendo por isso uma variável de relevância estatística, o que permite a associação entre um pré-natal adequado e a diminuição do risco de transmissão vertical do HIV, em concordância com os dados da literatura.^{6, 20, 21}

O IMIP foi o principal local de realização do pré-natal no grupo A, sendo responsável por 61,9% dos casos. Já no grupo B, os principais locais foram os postos de saúde, responsáveis por 46,4%, seguidos pelo IMIP com 21,4% e cuidado compartilhado entre IMIP e postos de saúde em 7,1% dos casos. Tal dado reforça a importância do IMIP na oferta de um pré-natal adequado, visto que, no grupo de pacientes não contaminados, foi o principal local de realização deste cuidado, ao passo que no grupo dos contaminados o acesso ao nível terciário de atenção foi menor, havendo predomínio do cuidado de nível primário.

Em relação ao tratamento medicamentoso, no grupo A, 59 mães fizeram uso da TARV (93,7%), no que concerne ao grupo B, apenas 14 mães fizeram uso de TARV (50%). Ainda que este dado não tenha apresentado relevância estatística, é consolidado na literatura que o uso da TARV aparece como medida de suma importância para a diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV. É importante ressaltar que o uso da TARV durante a gestação da mulher soropositiva já preveniu a infecção em mais de 409 mil crianças em todo o mundo entre os anos 2009 e 2011.^{6,21}

Sobre o diagnóstico materno do HIV, destaca-se que no grupo B, 10,7% das mães receberam diagnóstico após o parto e 35,7% receberam diagnóstico no momento do parto, em oposição ao grupo A, que não registrou casos de diagnóstico durante ou após o parto. Entre os pacientes não contaminados, 63,3% já tinham diagnóstico do HIV previamente ao pré-natal,

enquanto que apenas 21,4% dos pacientes contaminados possuíam este diagnóstico antes do início do pré-natal. Observa-se portanto que o diagnóstico tardio do HIV se associa a maiores índices de contaminação.

No que concerne à via de parto, no grupo A houve predomínio do tipo de parto vaginal, sendo este responsável por 38% dos casos, enquanto que no grupo B, a cesárea eletiva foi a principal via de parto, responsável por 50% dos casos, seguido pelo parto vaginal com 42,9% dos casos.

Um estudo, conduzido em hospital de referência do Nordeste brasileiro, aponta que o parto cesáreo, em teoria, exerce papel protetor na transmissão vertical do HIV. No entanto, essa abordagem traz consigo todos os riscos inerentes a uma intervenção cirúrgica e a transmissão do vírus ainda pode ocorrer mesmo com níveis baixos de viremia. Desta feita, os benefícios da cesárea eletiva em mulheres com baixa carga viral não estão totalmente esclarecidos, devido ao risco aumentado de complicações obstétricas.¹⁸

Quanto ao número de gestações, variável em que foi encontrado valor estatístico significativo, (p valor $< 0,05 = 0,008333$) no grupo A, a maioria dos pacientes apresentou entre 2 e 3 gestações (46,1%), enquanto que no grupo B, tanto nas mães de gestação única quanto nas de 2 a 3 gestações houve registro de um total de 11 casos (39,3%). No que diz respeito ao número de filhos, variável que também apresentou relevância estatística (p valor $< 0,05 = 0,02176$), no grupo A, a maioria das gestantes teve de 2 a 3 filhos (47,6%), enquanto que no grupo B, a maioria tinha apenas 1 filho (42,9%).

No tocante à escolaridade materna, o ensino fundamental incompleto foi predominante em ambos os grupos, correspondendo a 36,5% no grupo A e 42,9% no grupo B. Sobre esse último, não houve registro de pacientes com ensino de nível superior, diferentemente do grupo A, que apresentou 4,8% das genitoras com ensino superior completo. O presente estudo

evidenciou uma associação entre menores níveis de escolaridade e maiores índices de contaminação, corroborando com os achados da literatura.²⁰⁻²²

No contexto do manejo da equipe de saúde em relação ao binômio mãe-bebê, destacam-se a não amamentação com substituição pela alimentação com fórmula infantil, profilaxia medicamentosa para infecções oportunistas e realização de AZT intraparto. No grupo A, não houve registro de casos de amamentação, ao passo que no grupo B, foram observados 2 casos de aleitamento materno, correspondendo a um total de 7,1% do total de pacientes nesse grupo. Uma vez que a amamentação é uma importante fonte de transmissão vertical, fazendo do aleitamento materno uma contraindicação absoluta nas mães HIV positivas, percebe-se que o aconselhamento sobre a não amamentação e a substituição pela alimentação por fórmula infantil se configuram como importantes estratégias para a diminuição de contaminação pelo HIV no recém-nascido.²³

Quanto à profilaxia medicamentosa, no grupo de pacientes não contaminados, foi notado que apenas 6,4% dos pacientes não realizaram esta medida, enquanto que nos pacientes contaminados, foi registrado que 14,2% dos casos não efetuaram esta terapêutica. No que diz respeito a realização da Zidovudina intraparto, esta medida foi realizada em 66,7% dos pacientes no grupo A e 35,7% dos pacientes no grupo B. Destaca-se que a aplicação de AZT injetável é indicada para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Esta medida deve ser administrada durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos três horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical para as gestantes infectadas pelo HIV com carga viral desconhecida ou detectável a partir da 34ª semana de gestação. Desse modo, verifica-se que tal intervenção é uma importante medida assistencial a ser implementada nos casos em que se há indicação, visando reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV.²⁴ Nesse contexto, um dado que chama atenção no presente estudo é a

precariedade de informações quanto à terapêutica com AZT intraparto, especialmente no grupo de indivíduos contaminados, onde 46,4% dos pacientes tiveram este dado ignorado em prontuário.

CONCLUSÃO

Este estudo caracterizou os pacientes perinatalmente expostos ao HIV acompanhados no IMIP e, por meio do reconhecimento de padrões clínicos e epidemiológicos, demonstrou no nosso trabalho a associação entre as variáveis estudadas e o risco de contaminação, sobretudo as que tiveram relevância estatística: número de consultas durante o pré-natal, estado nutricional, número de gestações e número de filhos. Tais evidências contribuíram para o enriquecimento e compreensão dos fatores que afetam a transmissão vertical do HIV no local de estudo.

Portanto, é fundamental ressaltar que a avaliação minuciosa das características da criança exposta perinatalmente ao HIV, bem como da genitora, e a eficaz abordagem da equipe de saúde desempenham um papel de suma importância na compreensão do impacto desses fatores na transmissão vertical do HIV. Essa análise aprofundada é essencial para orientar estratégias de prevenção e cuidado, visando a redução significativa da transmissão do vírus de mãe para filho, e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida das crianças afetadas por essa condição. No entanto, reforçamos a necessidade de estudos futuros para aprimorar ainda mais nosso conhecimento sobre o assunto. Encerramos com a convicção de que o trabalho contínuo nesta área é crucial para proteger as futuras gerações da transmissão vertical do HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 1999 [acesso em 2023 jul 26]; Disponível em : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf
2. Lazzarotto AR, Deresz LF, Sprinz E. HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática. Rev Bras Med Esporte. 2010 [acesso em 2023 set 02]; 16 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/3pdCzXhswRB6gbdYG6K9Ryh/abstract/?lang=pt>
3. Czapla BL, Czapla LC, Ortinã TT, Zanin EB, Lima UT. Mães HIV Positivas e recém-nascidos expostos ao HIV entre os anos de 2016 e 2018 em Cascavel/PR: perfil epidemiológico. Revista Thêma et Scientia. 2021; 11 (1).
4. Nunes JT, Gomes KR, Rodrigues MT, Mascarenhas MD. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cad. saúde colet. 2016 [acesso em 2023 jul 30]; 24 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tJwFM7zS4kvLGSXX4CQrKHG/#>
5. Ministério da saúde (BR). Ministério da saúde - CN - DST/AIDS 2002/2003. Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em Gestantes Ministério da saúde , 2002 /2003 . Disponível em : <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestante2.pdf>

6. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica - nº18 Série A. Normas e manuais técnicos. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006. [acesso em 2023 set 28]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>

7. Ministério da saúde (BR) . Nota informativa N°6/2021- . DCCI/SVS/MS . Dispõe sobre a recomendação do medicamento Raltegravir 100mg (RAL) granulado para suspensão oral no tratamento de crianças expostas ou vivendo com HIV, o diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças com menos de 18 meses de idade e sobre o tratamento para crianças vivendo com HIV, e inclui orientações do manejo de crianças expostas ao HIV pré-termo e ou/ baixo peso . Brasília, 17 de março de 2021 . Disponível em : http://azt.aids.gov.br/informes/222021_1.pdf

8. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em crianças e adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2023 set 15]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/08/pcdt_infantil_04_2019_web.pdf

9. Ministério da saúde (BR). Nota informativa 20/2020-CGAHV de 10 de novembro de 2020. Dispõe sobre atualizações nas recomendações de diagnóstico e tratamento de crianças vivendo com HIV acima de dois anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde 19 de novembro 2020. [acesso em 2023 set 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2020/nota-informativa-no-20-2020-cgahv-dcci-svs-ms>

10. Ministério da saúde (BR)Secretaria de vigilância em saúde. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. [acesso em 2023 out 1] . Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_pediatria_2007.pdf
11. Ministério da Saúde (BR) Programa Nacional de DST e Aids. Consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças infectadas pelo HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2023 ago 29]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05consenso2.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR)Secretaria de vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Dezembro de 2020. [acesso em 2023 out 01]. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv_aid-2020-internet.pdf
13. Holzmann AP, Silva CS, Soares JA, Vogt SE, Alves CR, Taminato M, Barbosa DA . Prevenção da transmissão vertical do vírus HIV : avaliação da assistência hospitalar. Rev Bras Enferm. 2020 [acesso em 2023 set 19]; 73(3):1–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jR5rZYwGBPpZwS387svD6zB/?lang=pt&format=pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Manual de bolso. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2007. [acesso em 2023 set 28].

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf

15. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica . Série Pactos pela Saúde Volume 4. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006. [acesso em 2023 set 28].

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

16. Ministério da Saúde (BR) Programa Nacional de DST e Aids. Consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças infectadas pelo HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

[acesso em 2023 ago 29]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05consenso2.pdf>

17- Ministério da Saúde (BR). Plano Operacional de redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: [https://](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf)

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf.

18- Siqueira PG, Miranda GM, Souza WV, Silva GA, Mendes AC. Análise hierarquizada dos determinantes da transmissão vertical do HIV: um estudo de caso-controle. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2020 [acesso em 2023 set 09]; 20(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/ND6NpRzzk7dwPXWzgVLnS4J/?lang=pt>

19- Bautista DM, Erazo K, Chevez P. Caracterización Clínico-Epidemiológica de pacientes perinatalmente expuestos al VIH en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. Act Ped

Hond [Internet]. 2020 [acesso em 2023 set 03]; 10(2):1041-6. Disponível em: <https://www.lamjol.info/index.php/PEDIATRICA/article/view/10079>

20- Freitas CH, Forte FD, Galvão MH, Coelho AA, Roncalli AG, Dias SM. Desigualdades no acesso a testes para HIV e sífilis durante a assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2019 [acesso em 2023 ago 21]; 35 (6). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n6/e00170918/>

21- Carvalho RK, Serafim PM, Cardoso S, Madeira K. Panorama epidemiológico de mulheres soropositivas para HIV em acompanhamento pré-natal. Revista da AMRIGS. 2022 [acesso em 2023 set 24]; 66 (1): 44-51. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1395310/09_2594_revista-amrighs.pdf

22- Freitas CH, Forte FD, Galvão MH, Coelho AA, Roncalli AG, Dias SM. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. Rev. Saúde Pública. 2019 [acesso em 2023 set 15]; 53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kzM9xWNDdgXJbQ5ztgh3xzK/?lang=en#>

23- Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

24- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BR). Pro-Med-Obs-015-v5: Assistência ao Parto para Gestantes HIV-Positivas. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch->

[ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/pro-med-obs-015-v5-gestante-hiv-positivo-assistencia-ao-parto.pdf](https://ufc.acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/pro-med-obs-015-v5-gestante-hiv-positivo-assistencia-ao-parto.pdf)

ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

Tabela 1. Distribuição das variáveis de interesse de relevância estatística com a contaminação

Variáveis	Não contaminados Grupo A	Contaminados Grupo B	p-valor
Risco RN para contaminação			0,0000219
ALTO	33 (52,4%)	26 (92,9%)	
BAIXO	28 (44,9%)	02 (07,1%)	
Estado nutricional			0,001
BAIXO PESO	-	03 (10,7%)	
REGULAR	01 (01,5%)	04 (14,2%)	
BOM	49 (77,8%)	18 (64,3%)	
Pré-natal			0,001269
ADEQUADO	41 (65,1%)	12 (42,9%)	
INADEQUADO	09 (14,3%)	08 (28,6%)	
Número de gestações			0,00833
Número de filhos			0,0217

Tabela 2. Distribuição das variáveis de interesse com a contaminação

Variáveis	Não contaminados Grupo A	Contaminados Grupo B
Procedência		
Recife	18 (28,6%)	10 (35,7%)
Outros municípios da região metropolitana do Recife	25 (39,7%)	11 (39,3%)
Outros municípios do estado de Pernambuco	20 (31,7%)	07 (25%)
Profissão		
Do lar	45 (71,4%)	14 (50%,0)
Outras	16 (25,4%)	09 (32,1%)
Situação de rua	-	01 (03,6%)
Grau de escolaridade da mãe		
Ensino fundamental incompleto	23 (36,5%)	12 (42,9%)
Ensino fundamental completo	06 (09,5%)	04 (14,2%)
Ensino médio incompleto	14 (22,2%)	03 (10,7%)
Ensino médio completo	16 (25,4%)	06 (21,4%)
Ensino superior completo	03 (04,8%)	-

Tabela 3. Distribuição das variáveis de interesse com a contaminação

Variáveis	Não contaminados Grupo A	Contaminados Grupo B
Local de realização do pré natal		
IMIP	39 (61,9%)	06 (26,1%)
Postos de saúde	03 (04,8%)	13 (56,5%)
Postos de saúde/ IMIP	-	02 (08,7%)
Particular/ IMIP	01 (01,6%)	-
CISAM	03 (04,8%)	-
Local de realização do parto		
IMIP	47 (74,6%)	13 (46,4%)
Outros hospitais de Recife e região metropolitana	09 (14,3%)	08 (28,6%)
Hospitais do interior	01 (01,6%)	04 (14,3%)
UPA	02 (03,2%)	-
Domicílio	01 (01,6%)	-
Diagnostico de HIV		
Antes do pré-natal	38 (60,3%)	06 (21,4%)
Durante o pré-natal	17 (27,0%)	07 (25,0%)
Durante o parto	-	10 (35,7%)
Após o parto	-	03 (10,7%)

Tabela 4. Distribuição das variáveis de interesse com a contaminação

Variáveis	Não contaminados Grupo A	Contaminados Grupo B
Via de parto		
Vaginal	24 (38,0%)	12 (42,9%)
Cesárea eletiva	13 (20,6%)	14 (50,0%)
Cesárea de urgência	22 (34,9%)	2 (07,1%)
Realização do AZT intraparto		
SIM	42 (66,7%)	10 (35,7%)
NÃO	08 (12,7%)	05 (17,9%)
Aleitamento Materno		
SIM	-	2 (07,1%)
NÃO	58 (92,1%)	26 (92,9%)
Terapia		
Alto risco	24 (38,0%)	05 (17,9%)
Baixo risco	22 (34,9%)	19 (67,8%)

