

# Condições de nascimento de filhos de mulheres vivendo com HIV

## Condiciones de nacimiento de los hijos de mujeres que viven con VIH

Milena da Silva Soares , Ezequiel Almeida Barros , Janainna Ferreira e Silva ,  
Romila Martins de Moura Stabnow Santos , Ana Cristina Pereira de Jesus Costa ,  
Livia Maia Pascoal , Marcelino Santos Neto , Floriacy Stabnow Santos 

### RESUMO

Objetivou-se identificar as condições de nascimento de filhos de mulheres vivendo com HIV no período compreendido entre 2009 e 2019, no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (MA). Estudo transversal, quantitativo, documental, com análise descritiva dos dados e realizado em maternidade de referência entre os meses de agosto de 2020 e julho de 2021. Incluíram-se informações dos prontuários das gestantes soropositivas para HIV e de seus filhos recém-nascidos. Os resultados levantaram 314 prontuários, destes, 195 eram elegíveis. Sobre as condições de nascimento dos recém-nascidos, em 56,41% o teste rápido foi negativo; 72,82% usaram profilaxia pós-nascimento; 75,38% não receberam leite materno; 68,2% receberam vacinas logo ao nascer; 40,51% não faziam uso de nenhuma medicação; 20,51% das mães tinham entre 36 a 40 anos; 59,48% não residiam no município pesquisado; 23,6% eram donas de casa; 65,64 eram multigestas; 46,15% receberam o diagnóstico de HIV na gestação; 67,17% não tinham coinfeções; 82,05% realizaram o pré-natal; 60,51% fizeram uso da profilaxia intraparto; e 77,43% fizeram cesariana. O acompanhamento no pré-natal e parto da maioria dessas mulheres vivendo com HIV refletiu positivamente nas condições de nascimento de seus filhos, sendo uma importante estratégia, visando a não transmissão vertical e prevenção da doença nas crianças.

**Palavras-chave:** Gestante, Recém-nascido, Transmissão vertical, Sorodiagnóstico de HIV.

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las condiciones de nacimiento de los hijos de mujeres que viven con VIH en el período comprendido entre 2009 y 2019, en el Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (MA). Estudio transversal, cuantitativo, documental, realizado en un hospital de maternidad de referencia, entre agosto de 2020 y julio de 2021. Comprendía información de los registros médicos de las mujeres embarazadas seropositivas y sus hijos recién nacidos. Los resultados obtuvieron 314 historias clínicas, de las cuales 195 eran admisibles. En cuanto a las condiciones de nacimiento de los recién nacidos, en el 56,41% la prueba rápida fue negativa; el 72,82% utilizó profilaxis posparto; el 75,38% no recibió leche materna; el 68,2% recibió vacunas poco después del nacimiento; el 40,51% no utilizó ninguna medicación. El 20,51% de las madres tenían entre 36 y 40 años; el 59,48% no vivían en el municipio estudiado; el 23,6% eran amas de casa; el 65,64 eran multigénero; el 46,15% fueron diagnosticadas de VIH durante el embarazo; el 67,17% no tenían coinfecciones; el 82,05% tuvieron atención prenatal; el 60,51% utilizaron profilaxis intraparto; y el 77,43% tuvieron cesárea. El seguimiento prenatal y durante el parto de la mayoría de estas mujeres que viven con el VIH se reflejó positivamente en las condiciones de nacimiento de sus hijos, siendo una estrategia importante, con el objetivo de la no transmisión vertical y la prevención de la enfermedad en los niños.

**Palabras clave:** Mujer embarazada, Recién nacido, Transmisión vertical, Serodiagnóstico del VIH.

## INTRODUÇÃO

A evolução da ciência, após mais de três décadas da descoberta do vírus da imunodeficiência humana (HIV), permitiu alargar conhecimentos acerca da doença, seu tratamento, como se transmite, transmissão vertical (TV) e terapia antirretroviral (TARV) em mulheres gestantes e grávidas, especialmente, nos países em desenvolvimento<sup>1</sup>.

Dados epidemiológicos do HIV entre 2007 a junho de 2021 registraram no Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN) 381.793 novos casos de HIV na população brasileira. Entre esses, os homens representam 69,8% e as mulheres 30,2%. Com o decorrer das pesquisas e das formas de se notificar, estes dados podem ser bem mais numerosos, pois, somente em 2014 entrou em vigor a utilização da notificação compulsória do HIV, o que pode mascarar a real situação epidemiológica do vírus neste período abordado<sup>2</sup>.

O reconhecimento da feminização do HIV trouxe à tona um novo grupo como centro de alerta na epidemia, sobretudo, entre as gestantes<sup>3</sup>. Durante o período que compreendeu o intervalo de 2000 a junho de 2021, foram notificadas 141.025 mil gestantes portadoras do HIV, das quais, 37,4% das gestantes eram residentes na região Sudeste, seguida das regiões Sul (29,5%), Nordeste (22,3%), Norte (13,2%) e Centro-Oeste (6,3%)<sup>2</sup>.

No período de 2010 a 2020, a infecção nas gestantes representou um aumento de 30,3% nas taxas de notificações, ou seja, um avanço da infecção sobre um subgrupo de mulheres que estão vulneráveis e em fase reprodutiva. Este aumento pode representar uma ampliação do diagnóstico no pré-natal e até mesmo um avanço na vigilância da TV do HIV<sup>2</sup>.

Este fato representa uma complicação devido à possibilidade da TV do HIV nas fases do parto e pós-parto, em que a transferência do vírus pode ser materno-fetal por via transplacentária ou por aleitamento materno<sup>4</sup>.

Apesar de a TARV ser uma realidade, ainda não está ao alcance de todas as gestantes devido à baixa cobertura de assistência à saúde para essas mulheres em todo o país. Com isso, há um aumento da infecção de neonatos que foram expostos ao vírus através da TV. É nesse cenário que

se evidencia a importância de enfatizar o grupo de gestantes para adotar medidas profiláticas para prevenção da TV e orientar as gestantes sobre o impacto da TARV<sup>4</sup>.

Com as constantes pesquisas e aprofundamento sobre a epidemia do HIV, muito mudou sobre a forma de lidar com o vírus e com a doença. E com a crescente exposição do grupo feminino, emergiu a necessidade de compreender o comportamento deste grupo, a fim de elaborar melhores estratégias de saúde no Brasil para conter a epidemia. Assim, a atenção primária à saúde assume uma posição de destaque, tendo em vista que é um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em que se faz o acompanhamento de pré-natal e vigilância das gestantes<sup>5</sup>.

Tendo em vista todos os percalços que a epidemia do HIV tem provocado em meio à população, as gestantes vivendo com HIV ainda enfrentam a desvantagem da possibilidade da TV, emergindo a necessidade de redobrar as medidas preventivas, evitando a propagação da doença. Alguns dos fatores merecem destaque para serem avaliados, como das instituições de saúde para adoção de protocolos, o treinamento da equipe e a educação em saúde para as gestantes sobre a importância de aderir a TARV<sup>6</sup>.

Com o aumento do número de gestantes e recém-nascidos neste cenário, sendo grupos atingidos pelo HIV, torna-se pertinente questionar: qual a situação clínica/obstétrica de gestantes vivendo com HIV; e como é a condição clínica de nascimento dos seus recém-nascidos?

Portanto, torna-se significativo levantar dados relacionados à epidemia do HIV entre gestantes e a possibilidade da TV a seus recém-nascidos, o que poderá contribuir para a implementação de estratégias voltadas para a assistência à saúde desse público. Dessa forma, é relevante identificar as características maternas que se refletem diretamente no nível de entendimento da mulher em relação à sua situação de saúde<sup>7</sup>.

Compreender casos de crianças expostas ao HIV em um período e caracterizá-las em relação à situação clínica/epidemiológica ajudam, então, a nortear a assistência de profissionais da saúde e, principalmente, enfermeiros a tomarem melhores condutas relacionadas a esse grupo. Além disso, serve para verificar como as

instituições acompanham tanto essas gestantes/puérperas como seus filhos, verificando falhas no enfrentamento dessas situações distintas que se refletem na condição de acompanhamento dos casos futuros<sup>8</sup>.

Mesmo considerando que no Brasil os estudos voltados para essa temática possibilitaram um avanço ao combate à epidemia com medidas e programas governamentais e políticas públicas já desenvolvidas, ainda há lacunas nesse conhecimento que podem ser preenchidas com novas pesquisas que objetivem entender como prestar assistência adequada às gestantes vivendo com HIV, sendo importante conhecer o perfil epidemiológico e clínico desse público<sup>9,10</sup>.

Levando-se em conta a necessidade de avançar no conhecimento acerca da realidade epidemiológica do HIV quanto ao binômio mãe-filho em distintos cenários pelo território brasileiro, objetivou-se identificar as condições de nascimento de filhos de mulheres vivendo com HIV no período compreendido entre 2009 e 2019, no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (MA).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, documental com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública de referência no atendimento a gestantes de baixo e alto risco em Imperatriz, Maranhão, sendo a única instituição pública que atende a gestantes vivendo com HIV. Pesquisa realizada entre agosto de 2020 e julho de 2021.

Os critérios utilizados para inclusão dos dados na pesquisa foram: mulheres, maiores de 18 anos, vivendo com HIV e seus filhos nascidos no período compreendido entre 2009 e 2019, que receberam acompanhamento durante a gestação no serviço de atendimento especializado (SAE) do HRMI.

Foram excluídas as gestantes vivendo com HIV e seus filhos que passaram a residir em outra cidade e interromperam o acompanhamento no SAE.

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário pelos pesquisadores contendo perguntas fechadas que foram respondidas por meio de consulta em prontuários de mulheres que receberam apoio prestado pelo SAE entre 2009 e 2019.

A coleta dos dados levantou 314 prontuários de mulheres vivendo com HIV e 314 prontuários de seus filhos recém-nascidos. Destes, 195 prontuários de mulheres vivendo com HIV e 195 prontuários de seus filhos recém-nascidos se enquadraram nos critérios de inclusão, e 119 prontuários foram descartados por não possuírem todas as informações e por não estarem completos e devidamente preenchidos.

Para análise das informações sociodemográficas e caracterização da população em estudo foram coletados: dados da gestante (idade, procedência, situação laboral, número de gestações, abortamento, momento do diagnóstico, coinfeção com outra infecção sexualmente transmissível – IST, se esta compareceu às consultas de pré-natal, se usou TARV e profilaxia intraparto, além de saber qual foi a via de parto); e os dados do RN (se fez teste rápido, se fez profilaxia ao nascer, peso na primeira consulta de puericultura, se recebeu leite materno, se faz uso de TARV); os dados foram organizados em tabelas usando planilhas do *Excel* 2016, os quais foram tabulados para propiciar melhor compreensão. Foi elaborado um banco de dados, com o intuito de facilitar o processo de conferência dos dados e evitar possíveis erros. Os dados foram analisados, considerando as frequências relativas e absolutas das variáveis estudadas.

O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o número do Parecer: 2.496.047.

## RESULTADOS

Das 195 mulheres incluídas na pesquisa, os dados evidenciaram que: 40 puérperas (20,5%) tinham entre 36 a 40 anos; 116 (59,5%) eram procedentes de outras cidades circunvizinhas à cidade de Imperatriz; 46 (23,6%) eram donas de casa; 128 (65,6%) eram multigestas; 39 (20,0%) tiveram abortos anteriores; 90 (46,2%) descobriram a doença durante a gravidez; 22 (11,3%) tinham outra IST além do HIV; 160 (82,0%) fizeram o acompanhamento pré-natal na gestação; 106 (54,3%) usaram a TARV; 118 (60,5%) fizeram uso

da profilaxia intraparto para HIV; e a via de parto mais prevalente foi a cesárea, em 151 (77,5%) das mulheres (Tabela 1).

Sobre as condições de nascimento, dos 195 recém-nascidos, filhos de mulheres vivendo com HIV, têm-se as seguintes situações: 110 (56,4%) apresentaram resultado negativo pelo teste rápido; 142 (72,8%) foram submetidos à profilaxia pós-nascimento; 54 (27,7%) tinham peso entre 4.100g a 5 kg na primeira consulta; 147 (75,4%) não receberam leite materno; 133 (68,2%) foram vacinados logo ao nascer; 79 (40,5%) não faziam uso de nenhuma medicação (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

Os achados da pesquisa demonstram que a faixa etária predominante das mulheres vivendo com HIV diverge da encontrada em estudo realizado em Belém (PA), em que 48% tinham entre 21 e 25 anos<sup>11</sup>. No Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde<sup>2</sup> a faixa etária predominante foi de mulheres vivendo com HIV entre 20 e 24 anos. Esses dados indicam que essas mulheres estão em idade reprodutiva e, por estarem grávidas, também descobriram o diagnóstico de HIV positivo.

Em relação à procedência das participantes, observou-se que a maioria delas era de cidades circunvizinhas à cidade de Imperatriz (MA). O fato de que a maioria das mulheres da pesquisa reside em outros municípios pode dificultar o acesso desse público à instituição de referência devido à distância e às questões relacionadas ao transporte, o que pode culminar em aumento das faltas às consultas de pré-natal, diminuindo, assim, a adesão destas ao tratamento e contribuindo para o aumento da TV<sup>12</sup>.

Gestantes vivendo com HIV possuem, ainda, vulnerabilidade devido a sua condição financeira desfavorável, necessitando de um suporte social que possa lhes proporcionar uma assistência à saúde de qualidade, além de acesso à informação e atendimento de suas necessidades básicas<sup>13</sup>.

A gestação se caracteriza por ser um momento distinto na vida da mulher, uma vez que há preocupação com a saúde de seu filho<sup>14,15</sup>, aliado ao fato de que essa gestante vive com HIV, o que contribui para que aumentar a sua preocupação com

**Tabela 1**

Caracterização de puérperas vivendo com HIV atendidas em Centro de Referência, Hospital Regional Materno-Infantil no período de 2009 a 2019, Imperatriz (MA), 2021.

Variáveis Maternas	N	%
<b>Idade</b>		
≤19 a 21 anos	24	12,3
21 a 25 anos	24	12,3
26 a 30 anos	40	20,5
31 a 35 anos	31	15,9
36 a 40 anos	7	3,6
Não informado	69	35,4
<b>Procedência</b>		
Imperatriz	70	35,9
Outras cidades	116	59,5
Não informado	9	4,6
<b>Situação laboral</b>		
Empregada assalariada	35	17,9
Dona de casa	46	23,6
Não informado	114	58,5
<b>Número de gravidez</b>		
Primigesta	39	20,0
Multigesta	128	65,6
Não informado	28	14,4
<b>Abortamento anterior</b>		
Sim	39	20,0
Não	127	65,1
Não informado	29	14,9
<b>Momento do diagnóstico</b>		
Antes da gestação	61	31,3
Durante a gestação	90	46,2
Depois da gestação	10	5,1
Não informado	34	17,4
<b>Coinfecção HIV com outras IST*</b>		
Sim	22	11,3
Não	131	67,2
Não informado	42	21,5
<b>Pré-natal na gravidez</b>		
Sim	160	82,0
Não	6	3,0
Não informado	29	15,0
<b>Uso de TARV** na gestação</b>		
Sim	106	54,3
Não	51	26,2
Não informado	38	19,5
<b>Profilaxia intraparto</b>		
Sim	118	60,5
Não	15	7,7
Não informado	62	31,8
<b>Via de parto</b>		
Vaginal	19	9,7
Cesárea	151	77,5
Não informado	25	12,8
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2021, \*IST Infecção Sexualmente Transmissível, \*\*TARV Terapia Antirretroviral.

**Tabela 2**

Caracterização de recém-nascidos, filhos de puérperas vivendo com HIV, atendidos em Centro de Referência, Hospital Regional Materno Infantil no período de 2009 a 2019, Imperatriz (MA), 2021

Variáveis dos recém-nascidos		
Teste rápido para HIV do RN*		
Positivo	30	15,4
Negativo	110	56,4
Não informado	55	28,2
Usou profilaxia após o nascimento		
Sim	142	72,8
Não	17	8,7
Não informado	36	18,5
Peso na 1.a consulta (g**)		
2 a 2.599	9	4,6
2.600 a 3.599	24	12,3
3.600 a 4.099	33	16,9
4.100 a 5.099	54	27,7
5.100 a 6.099	21	10,8
Mais de 6.100	13	6,7
Não informado	41	21,0
Leite Materno		
Sim	7	3,6
Não	147	75,4
Não informado	41	21,0
Vacinação ao nascer (BCG e Hepatite B)		
Sim	133	68,2
Não	13	6,7
Não informado	49	25,1
Medicação em uso		
AZT***	69	35,4
Outros	10	5,1
Nenhum	79	40,5
Não informado	37	19,0
Total	195	100

Fonte: Dados dos prontuários de recém-nascidos, 2021; \*RN recém-nascido, \*\*gramas; \*\*\*AZT Zidovudina.

a TV, constituindo-se, portanto, em uma situação vulnerável na vida dessa mulher<sup>16</sup>.

O pré-natal compreende um período em que a gestante tem a oportunidade de ser acompanhada e assistida por profissionais, tornando-se, dessa forma, de fundamental importância a sua realização. É nesse momento que a mulher pode receber diagnósticos e/ou prevenir agravos à sua saúde que, futuramente, poderão afetar a saúde de seu filho<sup>12</sup>.

Vale ressaltar que quando uma mulher engravida, mesmo após ter recebido o diagnóstico de

ser portadora do HIV, a assistência deverá ser voltada para acompanhar a gestante e reduzir a possibilidade de ocorrer a TV tanto na gestação como no parto e no pós-parto<sup>12</sup>.

O Ministério da Saúde preconiza que o acompanhamento de pré-natal seja realizado por meio de consultas mensais e que tenham início no primeiro trimestre da gestação, para que seja, de fato, um processo organizado<sup>17</sup>. Vislumbrando uma atenção integral e pela RAS, é fundamental que as mulheres sejam acompanhadas pelo SAE e, também, pela atenção básica concomitantemente, pois esse acompanhamento garante a elas os desfechos mais favoráveis nesse período de gestação. A sua não adesão pode estar relacionada a não aceitação da gravidez, o que deve ser, igualmente, trabalhado com atenção nesse período<sup>18</sup>.

O acompanhamento regular da gestante por profissionais que promovam o acolhimento adequado e aconselhamento contribui para a detecção precoce tanto do HIV como de outros patógenos, tais como as ISTs. A possibilidade de coinfeção com outras doenças como sífilis, hepatite B, tuberculose, papilomavírus humano (HPV), toxoplasmose e outras concomitantemente com o vírus HIV, no Brasil, é uma situação frequente no período gestacional, podendo estar relacionado à situação socioeconômica dessa mulher<sup>7</sup>. A incidência da coinfeção de outras doenças infecciosas com o HIV é uma situação que preocupa a saúde pública, tendo em vista que, se forem portadoras de outras infecções, essas mulheres terão que ser submetidas a mais de um tipo de tratamento, constituindo-se em uma condição que sobrecarrega o sistema imune desta<sup>12</sup>.

A TARV, segundo o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites virais<sup>18</sup>, consiste no tratamento com antirretrovirais, que tem como objetivo diminuir a carga viral (CV) do vírus e melhorar a qualidade de vida das pessoas. A TARV é indicada para todos os públicos, e, para a gestante, torna-se essencial devido ao risco de TV. A adesão à TARV no período gestacional tem sua efetividade na redução da TV em 30% para 1% quando se alcança a diminuição da CV. As gestantes podem iniciar o tratamento, antes mesmo dos resultados dos testes realizados, e este independe da situação clínica e imunológica da mulher<sup>18</sup>.

O uso da TARV durante a gestação tem demonstrado eficácia em relação à diminuição da CV e, conseqüentemente, na redução da TV. Essa adesão pelas gestantes pode ser resultado de adoção de metas de prevenção, acesso da mulher ao planejamento reprodutivo e testagem disponível para diagnóstico antes do parto. Além disso, outro fator responsável por essa adesão é que a eficácia do tratamento se sobrepõe aos seus efeitos adversos, que são passageiros, aliada à possibilidade de outras alternativas medicamentosas<sup>12</sup>.

O acompanhamento da gestante vivendo com HIV deve ser contínuo, tendo em vista a importância da adesão à TARV. A gestante que convive com o HIV necessita ser acompanhada por um serviço de atenção de referência, onde os profissionais conheçam cada gestante e seu contexto social e, ainda, criem estratégias que fortaleçam o vínculo em todas as fases tanto na gestação como também no parto e no puerpério<sup>19</sup>.

Recomenda-se a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação para mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, visto que diminui o risco de TV do HIV. Já para gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada, a via de parto indicada é a vaginal, caso não haja indicação de cesariana por outro motivo. E, em mulheres com CV-HIV <1.000 cópias/ml, mas detectável, pode ser realizado parto vaginal se não houver contra-indicação obstétrica. Porém, é imprescindível que ela receba o AZT endovenoso<sup>18</sup>. Essa conduta é indispensável, considerando que doenças infecciosas têm seu risco aumentado de transmissão quando há manipulação de sangue, secreção, mucosa e pele que perdeu a sua integridade<sup>3</sup>.

Mais uma vez, percebe-se a importância de a mulher receber conhecimentos acerca de seu estado de saúde e status sorológico, além disso, ser assídua às consultas de pré-natal com o objetivo de manter os exames conforme indicação e prescrição do médico para que possa ser feito um eficaz rastreio da infecção, e, assim, estar preparada para o nascimento da criança<sup>16</sup>.

Em relação ao recém-nascido, a sua exposição ao HIV é inevitável quando a mãe está vivendo com HIV. Ao nascer, deve ser acompanhado, juntamente, pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e a atenção primária à saúde. O início da

profilaxia antirretroviral, indicada para todas as crianças expostas ao HIV, deve ocorrer, ainda na sala de parto, após os cuidados imediatos, de preferência nas primeiras quatro horas do nascimento<sup>18</sup>.

O teste rápido compreende um rastreio dessa infecção na criança, podendo ser aplicado a partir de um a dois meses, tornando-se indispensável para revelação diagnóstica após a exposição. Este estudo mostrou que, dos recém-nascidos testados, prevaleceram aqueles que, apesar da exposição, obtiveram resultado negativo. É perceptível um cenário de mães que vivem com HIV e que dão à luz a crianças que, mesmo expostas, acabaram não se infectando com o vírus, sendo resultado definitivo do uso de antivirais e estratégias para evitar a TV reduzindo, assim, a infecção pelo nascituro<sup>20</sup>.

A utilização de TARV como medida profilática tanto para a gestante como para o RN é uma recomendação de órgãos sanitários nacionais e internacionais. Todos os RN de mães vivendo com HIV devem receber antiviral como medida de profilaxia para TV, e essa profilaxia deve ser avaliada de forma individualizada<sup>18</sup>.

A conseqüente infecção pelo HIV na criança pode trazer alguns prejuízos relacionados ao ganho ponderal, e um desses problemas é o baixo peso ao nascer. Porém, quando se adotam todas as estratégias de prevenção da TV, tais como: uso de ARV, adesão ao pré-natal, testagem precoce e profilaxia intraparto e do RN, essas condições podem não se apresentar na criança, uma vez que 70 a 80% da infecção na criança ocorrem no período do parto<sup>21</sup>.

O não aleitamento constitui uma estratégia para evitar a transmissão do vírus para a criança, de forma que o leite artificial deve ser acessível à mãe que, por sua vez, deve ser orientada quanto ao preparo adequado dessa fórmula para garantir nutrição de qualidade à criança. Apesar de o aleitamento materno fornecer todos os nutrientes e vitaminas necessárias nos primeiros meses, essa conduta é necessária, e se as mulheres tiverem acesso à alimentação de boa qualidade para ofertar ao seu filho, esse desenvolvimento pode ser normal<sup>22</sup>.

A vacinação ao nascer em recém-nascidos expostos ao HIV segue o mesmo calendário recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). As vacinas recomendadas ao nascer são a Bacilo Calmette-Guérin-BCG e Hepatite B, que devem ser administradas em até 24 horas do nascimento<sup>19</sup>.

A imunização é indispensável para todos os públicos, a fim de garantir a proteção e um bom desenvolvimento da criança. E, em crianças infectadas com HIV, a BCG é essencial, tendo em vista a possibilidade da coinfeção Tuberculose-HIV que pode e deve ser prevenida; essa coinfeção, também pode ser relacionada com a hepatite B, comum em muitos casos, o que torna indispensável a imunização em crianças expostas, para evitar futuras morbidades<sup>23</sup>.

Quanto ao uso de medicamentos por parte da criança exposta, ela recebe a terapia medicamentosa logo ao nascer, e essa é administrada durante quatro semanas. Depois desse procedimento, caso a testagem dessa criança seja não reagente para o HIV, esta não precisará ser submetida à TARV. Caso haja necessidade de fazer uso de fármacos, é importante que essa criança e sua família tenham uma vigilância farmacêutica, ajuda profissional e acompanhamento visando à eficácia do sistema imunológico da criança<sup>24</sup>.

Nesta investigação, denotou-se que as mulheres portadoras de HIV e seus filhos necessitam de assistência de qualidade, sendo essencial promover entre os profissionais de saúde capacitação permanente para que entendam a vulnerabilidade desse público e suas expectativas quanto ao seu direito de ser mãe.

Como limitação deste estudo, pode-se citar o não preenchimento completo dos dados, o que pôde ser observado em todas as variáveis, apresentadas na parte que se refere ao “não informado”. Essa falta de preenchimento das fichas de notificação e dos prontuários dessas mulheres e seus RN pode prejudicar o trabalho a ser desenvolvido por parte dos profissionais, o que torna a atenção fragmentada. É preciso que os registros sejam, efetivamente, feitos para que o cuidado prestado no serviço seja avaliado<sup>7</sup>.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o acompanhamento realizado no pré-natal e parto da maioria dessas mulheres vivendo com HIV se refletiu diretamente nas condições de nascimento de seus filhos, o que constitui uma estratégia importante visando a não TV e à prevenção da doença nas crianças.

Nesse cenário, os achados desta pesquisa contribuem para preencher uma lacuna de estudos sobre os prognósticos de crianças nascidas de mães que vivem com HIV. Entretanto, os bons prognósticos dessa mãe e da criança não são estendidos a todos, mesmo com todas as estratégias já existentes para prestar atendimento às gestantes vivendo com HIV e os RN expostos ao vírus. Para o combate à TV é necessário que esse público de mulheres receba conhecimentos prestados pelo sistema de educação em saúde. Dessa forma, dependendo de sua adesão à proposta, poderão entender a importância desse acompanhamento em todas as fases da gestação, o que se refletirá na saúde do filho que está sendo gerado.

## REFERÊNCIAS

1. Mouafo LCM, Dambaya B, Ngoufack NN, Nkenfou CN. Host molecular factors and viral genotypes in the mother-to-child HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa. *Journal of Public Health in Africa*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 ago 20]; 8(1): 16-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510234/pdf/jphia-8-1-594.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Semana epidemiológica 52. Número Especial; Dez. 2021. [acesso em 2022 dez 15]; ISSN 1517 1159. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>
3. Lima SS, Silva LCS, Santos MV, et al. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. *Ciência & Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 ago 20]; 10 (1):56-61. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2017.1.22695>
4. Neris LS, Paiva SL, Lemos LR, et al. O risco da existência da transmissão vertical em gestantes portadoras do HIV. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jun 2]; 1 (4): 77-82. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/56/52>
5. Bertagnoli MSFF, Figueiredo MAC. Gestantes soropositivas ao HIV: maternidade, relações conjugais e ações da psicologia. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jun 2]; 37(4): 981-994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703004522016>.
6. Rodriguez VJ, LaCabe RP, Kyle Privette KC, et al. The Achilles' heel of prevention to mother-to-child transmission of HIV: Protocol implementation, uptake, and sustainability. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jun 2]; 14(1): 38-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17290376.2017.1375425>

7. Bick MA, Ferreira T, Sampaio CO, et al. Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. [Internet]. 2018 [acesso em 2021 ago 12]; 18 (4): 791-801. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400007>
8. Santos VMS, Rodrigues GS, Batista GC, et al. Análise do perfil epidemiológico de crianças expostas ao HIV no Estado de Sergipe entre os anos de 2008-2019. *Brazilian Journal of Health Review*. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 ago 12]; 3(4): 8594-8618. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13431>
9. Carvalho MO, Figueiredo MN, Rolemberg AS, et al. Sororreversão de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana. *Brazilian Journal of Health Review*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 ago 12]; 2(4): 3265-3282. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2228>
10. Silva HHF, Santos WSS, Silva FMV, et al. Assistência de enfermagem à gestante HIV positivo durante o pré-natal: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul 20]; 13(5): 1-10. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7190/4555>
11. Figueiredo Júnior AM, Silva SC, Lima GLOG, et al. Perfil epidemiológico de gestantes/puérperas soropositivas para o HIV em uma maternidade de referência em Belém-PA. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 ago 20]; 11(14): 1-10. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/1294/707/>
12. Serafim PM, Gesuino DB, Machado LB, et al. Perfil epidemiológico de mulheres soropositivas para HIV em acompanhamento pré-natal. *Revista da AMRIGS*. 2020 [Internet]. [acesso em 2021 jul 20]; 64(4): 722-729. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/David-Gesuino/publication/351884255\\_Perfil\\_epidemiologico\\_de\\_mulheres\\_soropositivas\\_para\\_HIV\\_em\\_acompanhamento\\_pre-natal/links/60ae91b492851c168e439728/Perfil-epidemiologico-de-mulheres-soropositivas-para-HIV-em-acompanhamento-pre-natal.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/David-Gesuino/publication/351884255_Perfil_epidemiologico_de_mulheres_soropositivas_para_HIV_em_acompanhamento_pre-natal/links/60ae91b492851c168e439728/Perfil-epidemiologico-de-mulheres-soropositivas-para-HIV-em-acompanhamento-pre-natal.pdf?origin=publication_detail)
13. Fortes JMS, Silva BA, Araújo RV. Assistência de enfermagem às gestantes diagnosticadas com HIV no pré-natal: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul 20]; 10(6): 1-13. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/15504/13772/199024>
14. Tibes-Cherman CM, Camargo CRM, Flores LJR, et al. Perfil clínico da gestação tardia em um município brasileiro de fronteira. *Enfermagem em Foco*. [Internet]. 2021 [acesso em 2017 jan 2]; 12(2): 223-239. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/3571/1123>
15. Zanatta E, Pereira CRR, Alves APA. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesqui. prá. Psicossociais*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 ago 20]; 12(3): 1-16. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&nrn=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&nrn=iso)
16. Silva SS, Nery IS, Carvalho NAR, et al. A Enfermagem e a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV: uma revisão integrativa. *Ver. Reme*. [Internet]. 2018 [acesso em 2021 ago 20]; 11(1): 95-104. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1017>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.2.ed.rev.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.2.ed.rev.pdf)
19. Santos SM, Santos DSS, Bispo TCF, et al. Transmissão vertical do HIV: dificuldade na adesão ao pré-natal. *Revista Enfermagem Contemporânea*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jun 20]; 6(1): 56-61. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1109>
20. Sanjeeva GN, Sathenahalli VB. HIV-exposed Uninfected Children: A Vulnerable and Neglected Population. *Indian Pediatrics*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jun 20]; 56(6): 461-462. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13312-019-1568-5>
21. Almeida FJ, Kochi C, Sáfadi MP. Influence of the antiretroviral therapy on the growth pattern of children and adolescents living with HIV/AIDS. *J Pediatr*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jun 20]; 95(S1): 95-101. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S002175571831132X?token=D451D154A05F15431F0B7190843877334461F4ADB747815D7F3FF7F1B547212A42A289E7DE00781CEB141048BEDC2CB1&originRegion=us-east-1&originCreation=20220324212638>
22. Alvarenga WA, Nascimento LC, Leal CL, et al. Mothers Living With Hiv: Replacing Breastfeeding By Infant Formula. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 25]; 72(5):1153-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0880>
23. Braga BR, Filgueiras SRD, Lima AMM. Imunização em crianças infectadas pelo hiv: uma leitura de cobertura vacinal. *Revista de Enfermagem da UFJF*. [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul 25]; 4(2): 135-140. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2018.v4.14026>
24. Pedroso WM, Vitorino KA. Atenção farmacêutica no tratamento de crianças portadoras da aids/HIV. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jul 25]; 10 (1): 34-45. Disponível em: <https://doi.org/10.31072/rcf.v10iedesp.799>



**MSS**, Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

**EAB**, Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar;

**JFS**, Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar;

**RMMS**, Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar;

**ACPJC**, Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

**LMP**, Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

**MSN**, Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar;

**FSS**, Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

#### **Fontes de apoio ou financiamento**

Universidade Federal do Maranhão. PIBIC/CNPq/FAPEMA/UFMA 2020-2021. EDITAL AGEUFMA Nº 013/2020. Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

---

Autor Correspondente:  
Floriacy Stabnow Santos  
floriacy.stabnow@ufma.br

Editor:  
Profa. Dra. Ada Clarice Gastaldi

Recebido em: 05/02/2023  
Aprovado em: 12/07/2023

---