

A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS MULHERES HIV-POSITIVO NO BRASIL: UMA REVISÃO LITERÁRIA

EXPERIENCE REPORT OF THE STD / AIDS PROGRAM IN PRENATAL IN BRAZIL

Agnes P. Matta¹
Leandra M. de Souza¹
Fernanda G. F. Z. Correa¹
Douglas A. Costa¹
Lucas de Q. Costa¹
Maria A. de O. Veiga¹

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Unifeso

Ana Paula V. S. Esteves²

2. Professor do Curso de Medicina do Unifeso

RESUMO

Introdução: A transmissão vertical se tornou, no decorrer dos anos, a principal via de infecção do HIV em crianças. No entanto, foi constatado que o uso de antirretrovirais (ARV) durante a gestação não contempla todas as gestantes soropositivas. A não utilização dos ARV por essas gestantes se reflete diretamente em taxas de transmissão vertical do HIV ainda significativas.

Objetivos: Identificar a adesão ao pré-natal e às terapias antirretrovirais pelas gestantes HIV positivo.

Métodos: Este estudo é uma revisão de literatura na forma integrativa, realizada nas bases de dados eletrônicas, na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS.

Resultado: Apesar das inúmeras estratégias de incentivo ao pré-natal, muitas gestantes HIV positivo não aderem de forma adequada ao tratamento com antirretrovirais.

Conclusão: A saúde materno-infantil e a redução das complicações relacionadas a mães portadoras do vírus HIV estão intimamente relacionadas à assistên-

cia pré-natal. É necessário um eficiente acompanhamento também no parto e no puerpério, pois oferecer atenção integral garante um maior cuidado à criança e contribui para melhorar o perfil do quadro dessa infecção na mulher.

Descritores: Gestação; Assistência; Protocolo; Pré-Natal; DST/AIDS.

ABSTRACT

Introduction: Vertical transmission has become, over the years, the main route of HIV infection in children. However, it was verified that the use of antiretroviral drugs during pregnancy does not include all HIV positive pregnant women. The absence of ARV use by these pregnant women is directly reflected in rates of vertical HIV transmission, which are still significant.

Objectives: Identify adherence to prenatal care and antiretroviral therapies by HIV positive pregnant women.

Methods: This study is a literature review in the integrative form, carried out in the electronic databases, in the Virtual Health Library – VHL.

Result: Although there are numerous prenatal care incentive strategies, many HIV positive woman do not adequately adhere to antiretroviral therapy.

Conclusion: Maternal and child health and the reduction of complications related to HIV-infected mothers are closely related to prenatal care. It is necessary an efficient accompaniment also in child birth and in the puerperium, since offering complete care ensures a greater care to the child and contributes to improve the profile of the case of this infection in the woman.

Keywords: Gestation; Assistance; Protocol; Prenatal; DST/AIDS.

INTRODUÇÃO

Em nosso país, de 1980 a junho de 2009, foram notificados 544.846 casos de aids, sendo 356.427 (65,4%) casos no sexo masculino e 188.396 (34,6%) no sexo feminino. Observa-se que a razão de sexo (homem: mulher) no Brasil vem diminuindo ao longo da série histórica, passando de 26,7:1 a proporção masculino/feminino em 1985 para 1,5:1 em 2008¹. A incidência de AIDS mantém-se, ainda, em patamares elevados – em 19,5 casos por 100 mil habitantes – devido à persistência da tendência de crescimento de casos entre as mulheres, o que evidencia sua vulnerabilidade frente à epidemia. A taxa de mortalidade, por sua vez, vem diminuindo, fato que se observa após a introdução da política de acesso universal ao tratamento antirretroviral (TARV), que combina drogas com diferentes formas de ação (HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy*)¹.

Em 1994, os resultados de um estudo realizado nos EUA e França, com gestantes HIV positivo, comprovaram que o uso da Zidovudina (AZT) a partir da 14^a semana de gestação, no momento do parto e até a 6^a semana de vida do recém-nascido, reduzia em 67,5% o risco de transmissão perinatal do HIV. Este estudo recebeu o nome de Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (ACTG-076) e significou um avanço no manejo da transmissão vertical².

A transmissão vertical se tornou, no decorrer dos anos, a principal via de infecção do HIV em crianças. A primeira ocorrência de transmissão vertical registrada no Brasil se deu em 1985, no estado de São Paulo, onde foram diagnosticados dois pacientes, que representavam 0,4% do total de casos do período. No ano de 2006, foi responsável por 85,2% dos casos em menores de 13 anos de idade, e em 2007, por 91,4% do total de casos³.

Foi constatado que o uso de antirretrovirais durante a gestação não contempla todas as gestantes soropositivas. A ausência da utilização dos ARV por essas gestantes se reflete diretamente em taxas de transmissão vertical do HIV ainda significativas. A vulnerabilidade das mulheres consiste na deficiência de condições adequadas de realização de pré-natal, que se sustentam em questões culturais, sociais e econômicas⁴.

Acredita-se que os indicadores de HIV nas gestantes podem ser melhorados com a implantação de ações preventivas propostas na Rede Cegonha pelo Governo Federal. Essa proposta, que visa melhorar a qualidade da assistência pré-natal e do nascimento, recomenda, além da disponibilização dos testes rápidos como estratégia de detecção e tratamento precoce do HIV, a oferta universal de terapia antirretroviral para as gestantes durante a gestação e o parto, e pelos conceitos nas primeiras semanas de vida⁵.

OBJETIVOS

Identificar a adesão ao pré-natal e às terapias antirretrovirais pelas gestantes HIV positivo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do qual consta em revisão de literatura na forma integrativa, realizada nas bases de dados eletrônicas, na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS do dia: 10/05/2019 a 14/05/2019. Tendo em primeiro momento a realização de consulta quanto aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), chegando aos termos de descritores utilizados: Pré-natal, DST/AIDS, Programa, Gestação.

Para elaboração do estudo percorreram-se as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivo da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos. Como inclusão, foram idealizados os temas de pré-natal e doenças sexualmente transmissíveis, em especial a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O processo de exclusão corresponde aos artigos com abordagem de outras doenças sexualmente transmissíveis e os textos que não contemplam a realidade brasileira. Gestação sem apresentação da patologia também foi excluída do processo de seleção. Tais artigos selecionados foram lidos em sua íntegra.

DISCUSSÃO

No Brasil, estimam-se aproximadamente 12 mil casos de HIV/AIDS em gestantes a cada ano⁶. Em 1994, foi implementado o Protocolo 076 do Grupo de Ensaio Clínicos em AIDS Pediátrica (PACGT 076)^{7,8,9}, que a partir de resultados satisfatórios na redução da transmissão vertical, passou a ser utilizado no Brasil. Esse protocolo preconizava a profilaxia do recém-nascido filho de mãe HIV positivo com Zidovudina¹⁰. Em 1988, o Ministério da Saúde recomendou a testagem universal para HIV e sífilis durante o pré-natal¹¹, nesse ano a média de consultas de pré-natal foi de três por gestante; entre os anos de 1998 e 1999, o Ministério promoveu várias medidas de incentivo ao pré-natal e melhoria da qualidade da assistência às gestantes. O estímulo maior ocorreu devido à inclusão do acompanhamento pré-natal nas ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios para que eles possam receber recursos diretamente do Governo Federal¹²; e em 2000, o Ministério da Saúde recomendou a notificação de todos os casos de gestantes portadoras de HIV/AIDS ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No mesmo ano foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) que continha, entre suas recomendações, o rastreamento da infecção pelo HIV, com a solicitação da sorologia já na primeira consulta de pré-natal¹³.

Apesar da posição de destaque das políticas brasileiras de redução da transmissão materno-infantil do HIV, ainda se observam grandes falhas na implementação dessas medidas no país¹⁴. Por exemplo, dados indicam que a cobertura efetiva da testagem anti-HIV na gestação só ocorre em aproximadamente 50% dos casos, e que os procedimentos preventivos são atendidos de forma completa por apenas 27% das gestantes vivendo com HIV. Ressalta-se que existem grandes desigualdades regionais e sociais no que diz respeito ao acesso às medidas preventivas no Brasil¹⁵. A adesão ao tratamento antirretroviral implica na ingestão de 95% das doses prescritas, o que é considerado necessário para se obter sucesso na redução da carga viral. Contudo, a adesão ao tratamento é um processo dinâmico e

complexo, envolvendo fatores de ordem física, psicológica, social, cultural e comportamental, do qual participam indivíduo, equipe de saúde e sua rede social. Estima-se que a adesão em níveis ideais seja atendida por aproximadamente 65% das pessoas vivendo com HIV.

Em particular, pesquisas com gestantes vivendo com HIV reportam índices de adesão à medicação profilática variando de 34,2% a 75%, sendo 55,2% o índice médio de adesão entre os estudos. A grande variação entre os índices reportados pode estar relacionada a diferenças quanto ao método usado para se avaliar a adesão, que incluíram autorrelatos de adesão, contagem de comprimidos, registros dos pacientes junto às farmácias, e exames de sangue e urina. Estudos brasileiros também encontraram baixos índices de adesão entre gestantes¹⁵.

Um estudo descritivo com abordagem qualitativa onde foi investigada a não adesão das gestantes portadoras do HIV ao tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde durante o pré-natal foi realizado com sete mulheres soropositivas de Porto Alegre que, durante a gestação, não aderiram ao tratamento recomendado. As participantes da entrevista, ao serem questionadas sobre a realização do pré-natal, disseram que não sabiam estar grávidas, assim, procuraram os serviços de saúde tardiamente, evidenciando que não houve planejamento nas gestações¹⁶. Além disso, as participantes relataram ter dificuldade de realizar o pré-natal de alto risco por: questões financeiras para pagar transporte até os serviços de saúde; falta de uma rede de apoio para cuidar dos outros filhos para que ela possa ir até o atendimento; dificuldade de comunicação entre o profissional de saúde com a gestante e o próprio desinteresse.

Outra situação foi a própria negação da doença. Muitas das entrevistadas repudiaram o fato de que a doença pudesse estar presente no ambiente familiar. Também foi constatado que elas tinham poucas informações sobre a doença, sobre o que o vírus poderia causar e o fato de não apresentarem sintomatologia fez com que muitas acreditassem não estarem doentes. O medo da sociedade saber de sua condição faz com elas não mudem de comportamento e não procurem tratamento, principalmente por conta do preconceito. O fato dessas mulheres também saberem que seu parceiro é portador do vírus e mesmo assim não utilizarem preservativo foi uma realidade vista nesse estudo¹⁶.

Em outro estudo realizado em 2003 com agentes comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, elas apontaram em suas falas que a negociação para o uso da camisinha masculina solicitada pela mulher é muito complicada devido à submissão, fraqueza, passividade, dependência e sentimentalismo¹⁷. Essa é uma realidade encontrada nos relacionamentos os quais estão envolvidos esses fatores acima descritos uma vez, que deve haver um determinado consenso entre o casal, no sentido de realizar ou não o uso de preservativo ou outro método contraceptivo¹⁷.

Outro aspecto que se interpõe à adesão ao tratamento envolve as manifestações de efeitos adversos dos medicamentos, não devendo ser um gatilho para se abandonar o tratamento. Deve-se, portanto orientar a gestante soropositiva, a fim de minimizar a transmissão vertical e advertir a possíveis complicações, como náusea, vômito, diarreia, cefaleia, sonolência e falta concentração, *rash* cutâneo, reações alérgicas, além de anemia e alterações hepáticas, que podem variar dependendo do esquema

terapêutico adotado. Entretanto, foi concluído que mesmo podendo causar as condições citadas anteriormente, o risco-benefício continua muito superior se comparado com gestações que não adotaram o esquema terapêutico para prevenção da transmissão vertical do HIV¹⁸. Uma adesão ótima em gestantes ainda está longe de ser atingida de modo adequado, o que é muito preocupante, uma vez que esta população já é foco de grande atenção das políticas de saúde brasileiras. A situação se torna ainda mais crítica diante de achados de outros estudos indicando uma forte tendência à diminuição da adesão após o parto¹⁹.

Diante de tais constatações, reforça-se a necessidade de estabelecer estratégias de atendimento que ampliem a adesão aos ARV na gestação, sendo este um momento privilegiado para estimular a continuidade do autocuidado após o nascimento do bebê. Assim, considera-se que o acesso universal aos ARV em conjunto com uma assistência emocional adequada às mães vivendo com HIV possibilitariam uma maior qualidade de vida a elas, repercutindo também no desenvolvimento dos seus filhos²⁰.

CONCLUSÃO

Apesar da garantia de distribuição dos antirretrovirais no Brasil, ainda é grande a proporção de gestantes soropositivas que não aderem a ações profiláticas que visam minimizar a transmissão vertical no pré-natal e durante o parto. Grande parte dessas mulheres não têm acesso ao teste de HIV, por sua condição social, pela falha do sistema de saúde local, ou por aspectos emocionais devido ao preconceito e estigma que a patologia apresenta na sociedade.

Algumas gestantes descobrem a gravidez tardiamente, e outras não realizam o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, o que dificulta a redução da carga viral, favorecendo a transmissão vertical. Nesse sentido, os achados do presente estudo apontam que o início precoce do pré-natal e o fortalecimento da rede de apoio social, especialmente o apoio emocional, é crucial para a promoção da adesão ao tratamento entre gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Cunha ARC, Lima AV, Sousa AIA, Muricy CL, Rezende ELLF, Santos EL et al. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ et al. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *New England Journal of Medicine*; 1994.
3. Kind C, Rudin C, Siegrist CA, Wyler CA, Biedermann K, Lauper U, et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective Cesarean section and zidovudine prophylaxis. *Aids*; 1998.
4. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. Escola Anna Nery; 2012.
5. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2016.
6. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IMO, Aldrighi JD. Profilaxia da transmissão vertical

do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2016.

7. Parras AP, Leocádio E, Schirmer J, Formiga Filho JFN, Fajardo ML, Costa Neto MM et al. *Assistência Pré-natal: Manual Técnico*. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

8. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*; 2014.

9. Coeli MC, Pinheiro RS, Carvalho MS. Nem melhor nem pior, apenas diferente. *Cadernos de Saúde Pública*; 2014.

10. Abrams EJ, Landon M. Can we achieve an AIDS-free generation? Perspectives on the Global Campaign to eliminate new pediatric HIV infections. *Journal of Acquir Immune Deficiency Syndrome*; 2013.

11. Delicio AM, Lajos GJ, Amaral E, Cavichioli F, Polydoro M, Milanez H. Adverse effects in children exposed to maternal HIV and antiretroviral therapy during pregnancy in Brazil: a cohort study. *Reproductive Health*; 2018.

12. Dolto F. *Sexualidade feminina*. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

13. Meirelles MQB, Lopes AKB, Lima KC. Vigilância Epidemiológica de HIV/AIDS em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 2016.

14. Brito A M., Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti- retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*; 2006

15. Souza PRB, Szwarcwald CL, Barbosa A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Revista de Saúde Pública*; 2004.

16. Barbosa RHS. *Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

17. Preussler GMI, Eidt OR. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 2007.

18. Cechim P, Perdomini F, Quaresma L. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2007.

19. Bardeguéz AD, Lindsey JC, Shannon M., Tuomala RE, Cohn SE, Smith E. Adherence to antiretrovirals among US women during and after pregnancy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 2008.

20. Faria ER, Carvalho TF, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 2