


Crianças com HIV/AIDS no Brasil: fatores de risco predisponentes, uma revisão sistemática

Crossref  10.56238/sevcipcsv1-006

Fernanda Vasconcelos Prado Correia

Graduanda em Medicina Universidade Tiradentes (UNIT).
Av. Murilo Dantas, 300, Aracaju-SE, Brasil.
E-mail: fe.concelos@gmail.com.

Halley Ferraro Oliveira

Doutorando em saúde ambiente Centro Universitário FMABC –FMABC (Santo André – SP)
Mestrado em Ciências da Saúde Pela Faculdade de Medicina do ABC-SP
Professor adjunto UNIT
Av. Murilo Dantas, 300, Aracaju-, Brasil.
E-mail: halleyoliveira62@gmail.com

Maria Regina Domingues de Azevedo

Psicóloga, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde;
Professora do Depto de Pediatria do Centro Universitário FMABC –FMABC (Santo André – SP) Vice-coordenadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário FMABC – FMABC (Santo André – SP)
Rua Dom Luiz, Nº 415 - Nova Petrópolis – S.B. Campo – SP E-mail: mrdomingues@gmail.com

RESUMO

Essa revisão sistemática da literatura teve o objetivo de reunir e analisar o conteúdo científico relacionado aos fatores de risco implícitos e explícitos que podem predispor crianças ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA). As referências bibliográficas foram obtidas nas bases de dados PubMed, LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) e Google Scholar (Google Acadêmico). Os resultados dos 07 artigos analisados, num total de 36 publicados entre 2010-2020, revelam que os fatores de risco implicados para a manutenção da Transmissão Vertical do HIV são variados e muitas vezes coincidentes entre as publicações selecionadas, como a possibilidade do teste anti-HIV positivo e o aleitamento materno ter

sido realizado sem o resultado da testagem, o fato de o resultado sorológico para o HIV no momento do parto ser desconhecido, de as gestantes terem, em geral, menos de 30 anos de idade, não serem brancas, possuírem baixo nível educacional e econômico, além de fazerem uso de tatuagens, piercings e drogas inalatórias. Em suma, esse perfil alia-se às recentes tendências da epidemia da AIDS, que precisam ser reparadas no Brasil, com a feminização, além da pauperização e da interiorização.

Palavras-chave: Fatores de risco, Sorodiagnóstico da AIDS, Criança.

ABSTRACT

This systematic review of the literature aimed to gather and analyze the scientific content related to the implicit and explicit risk factors that may predispose children to Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Human Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Bibliographical references were obtained from the databases PubMed, LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Social and Health Sciences), MEDLINE (Online System for Searching and Analyzing Medical Literature) and Google Scholar (Google Scholar). The results reveal that the risk factors involved in maintaining vertical transmission of HIV are varied and often coincide between the selected publications, such as the possibility of positive HIV testing and breastfeeding having been carried out without the test result, the fact that the result HIV serology at the time of being unknown, of how pregnant women are, in general, under 30 years of age, not white, have a low educational and economic level, in addition to using tattoos, piercings and inhaled drugs. In short, this profile allies with the tendencies of the AIDS epidemic, which needs to be repaired in Brazil, with feminization, in addition to impoverishment and interiorization.

Keywords: Risk Factors, AIDS Serodiagnosis, Child.

1 INTRODUÇÃO

SIDA, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou AIDS em inglês, Acquired Immunodeficiency Syndrome, refere-se, conforme Dias (2012), ao estágio clínico tardio decorrente da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente etiológico pertencente, segundo Polk (1987 apud MELO, 2016), à classe dos retrovírus. A epidemiologia dessa síndrome vem apresentando novo perfil desde os anos 1990 com a presença dos heterossexuais e das mulheres. Essa mudança tem contribuído para o aumento da

transmissão materno-infantil ou vertical, além de revelar a pauperização e sua interiorização, fatores que assumem relevância na saúde pública (DIAS, 2012). São inúmeras as crianças infectadas pelo HIV no mundo. Além da transmissão vertical, elas podem adquirir o HIV, mais raramente, via transfusão de sangue contaminado, através de instrumento médico não estéril ou por violência sexual (ABIA, 2020).

A transmissão vertical é a principal via, portanto, de casos de AIDS em crianças no mundo, de acordo com a Unids (2015 apud MIRANDA, 2016), e, dá-se principalmente durante a gestação, o parto e/ou aleitamento materno (BRITO, 2006 apud DIAS, 2012). E, segundo a World Health Organization (WHO) (2016a apud BRASIL, 2017b), pode equivaler a menos de 02%, no caso de adoção das medidas de prevenção. Mas, antes de aprofundar sobre o assunto, é necessário lembrar que a infecção por HIV e a AIDS são de notificação compulsória em todas as faixas etárias, inclusive na criança exposta. No entanto, a subnotificação de casos no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) traz importantes implicações para a população de crianças e adolescentes com HIV/AIDS, visto que não se têm informações a respeito do número de gestantes diagnosticadas com HIV que receberam tratamento, sobre o número geral de crianças expostas e de crianças diagnosticadas com HIV, como se comportam e quais são as suas vulnerabilidades (BRASIL, 2017a).

No Brasil, em 2018, foram notificados no SINAN, declarados no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e registrados no SISCEL (Sistema de Informação de Exames Laboratoriais)/SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), quase 44 mil novos casos de HIV e pouco mais de 37 mil casos de Aids. Contudo, uma taxa decrescente de casos de AIDS no Brasil foi observada entre 2012 e 2018, com 16,8% menos casos. Notou-se que essa redução na detecção de casos tem sido proporcional ao tratamento dispensado a todos, desde dezembro de 2013. Também, no que se refere à redução, no período de 2008 a 2018, constatou-se que o coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil sofreu uma queda de 24,1%. Contraditoriamente, nesse mesmo período, somente o Norte e o Nordeste apresentaram aumento na mortalidade, de 26,0% e 2,8%, respectivamente (BRASIL, 2019).

A análise de como os casos de AIDS estão distribuídos por regiões, de 1980 até junho de 2019, mostra que o Sudeste e o Sul detêm a concentração do total de casos, correspondendo cada qual, respectivamente, a 51,3% e 19,9%; enquanto, as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, respectivamente e em ordem decrescente, possuem 16,1%, 6,6% e 6,1% da totalidade dos casos. Contudo, entre os anos de 2008 e 2018, as regiões Norte e Nordeste foram as que tiveram aumento na detecção, sendo de 21,8% no Norte e de 17,0% no Nordeste (BRASIL, 2019).

No que tange os casos de HIV em gestantes, o Brasil já registrou mais de 125 mil notificações no SINAN, do ano 2000 a 2019. Em menores de cinco anos, a taxa de detecção de AIDS tem sido utilizada como indicador proxy, representante, para monitorar a transmissão vertical do HIV. No Brasil de 2008-2018, observou-se 47,2% menos casos de infecção por HIV em crianças abaixo de cinco anos. Quanto à exposição do vírus entre os que têm menos de 13 anos de idade, em 2018, a maioria dos casos, 86,2%, foi devido à transmissão vertical (BRASIL, 2019).

O uso da TARV (Terapia Antirretroviral) na gestante e no recém-nascido, o parto cesáreo e a não amamentação são recomendações do Ministério da Saúde para reduzir a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana. Portanto, o êxito na redução dessa transmissão depende do acesso ao pré-natal, da testagem anti-HIV, e, do acompanhamento à criança exposta ao vírus (BRASIL, 2010 apud MIRANDA, 2016). No entanto, Gardner (2011 apud MIRANDA, 2016) descreve que oportunidades de prevenção vêm sendo perdidas no Brasil com a demonstração, segundo Rodrigues (2008 apud MIRANDA, 2016), da alta prevalência de mulheres grávidas não testadas; além do baixo índice de acesso ao conjunto das medidas preventivas contra o HIV (ARAÚJO, 2014 apud MIRANDA, 2016).

No que se refere à pauperização relacionada ao HIV, sabe-se que a pobreza está associada a um maior risco por essa infecção, visto que as crianças órfãs de famílias pobres estão mais vulneráveis ao vírus devido à transmissão deste por aqueles que deveriam protegê-las contra um possível abuso sexual (ABIA, 2020b). Ainda com relação ao contexto social e à saúde dessas crianças infectadas pelo HIV, uma quantidade maior de mulheres de todos os extratos da sociedade têm sido acometidas por essa síndrome, especialmente as que vivem na paupérie e as que têm baixa escolaridade (SILVA, 2004 apud MALUF E SILVA, 2010), tal como em pessoas que vivem em cidades menores – processo de interiorização da doença – (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000; FONSECA, 2007 apud LEMOS, 2012).

O perfil epidemiológico das gestantes infectadas pelo vírus HIV é descrito por Brasil (2004 apud CAVALCANTE, 2008) como população jovem adulta, entre 20 e 39 anos de idade, com a maioria apresentando um grau de escolaridade baixo – Brasil (2017) exhibe que 30,1% casos notificados, em 2015, no SINAN cursaram da 5 a 8ª série de modo incompleto. Ainda, em Brasil (2017), com relação à autodeclaração de raça/cor da pele, a cor parda exhibe preponderância com 45,9% dos casos. Pretos e pardos, segundo Telles (2007) e Barbosa (1998 apud SANTOS; COELHO; ARAÚJO, 2012) são comumente excluídos na sociedade e esse fato evidencia fragilidades, como o grau de escolaridade mais baixo e maior mortalidade infantil nessa população. Em suma, esse perfil alia-se às recentes tendências da epidemia da AIDS no Brasil com a feminização (aumento de casos no sexo feminino) e a pauperização (quanto mais pobres, mais vulneráveis) (BRASIL, 2002; Townsend, 2010; Kourtis, 2006 apud FERNANDES, 2010).

Apesar de tudo, há uma queda contínua no número de infecções por HIV/AIDS entre crianças, no Brasil, revelando uma grande conquista alcançada na saúde pública (UNAIDS, 2019). No entanto, os índices de casos e de mortalidade, até o presente, não estão zerados. Então, detectar o que ainda precisa ser corrigido, para minimizar ou liquidar essa infecção nessa população, é deveras uma grande missão para a vigilância em saúde no Brasil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Foi realizada uma revisão integrativa que objetivou responder a seguinte pergunta: quais são os fatores que predisõem crianças ao HIV/AIDS. Os artigos foram escolhidos nas bases de dados PubMed, LILACS, MEDLINE e Google Scholar, com os seguintes descritores em Ciências da Saúde (Decs): fatores de risco, sorodiagnóstico da AIDS, criança. Quanto aos filtros, estes foram empregados de acordo com cada base de dados: LILACS e MEDLINE (texto completo, português e inglês, últimos 10 anos – 2010 a 2020); Google Scholar (artigos classificados por relevância, de 2010 a 2020 e em português e inglês); PubMed (não houve necessidade de empregar filtros).

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os seguintes critérios foram incluídos: fatores de risco diretos ou indiretos que tornam suscetíveis crianças ao HIV/AIDS. Também foram incluídos estudos que atendessem ao objetivo desta revisão. Já dentre os critérios para exclusão estavam: artigos que citavam outras populações que não crianças, como adolescentes, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, além de artigos repetidos que faziam parte de mais de uma dessas bases científicas pesquisadas, e aqueles que fugiam do tema proposto.

2.3 EXTRAÇÃO DOS DADOS

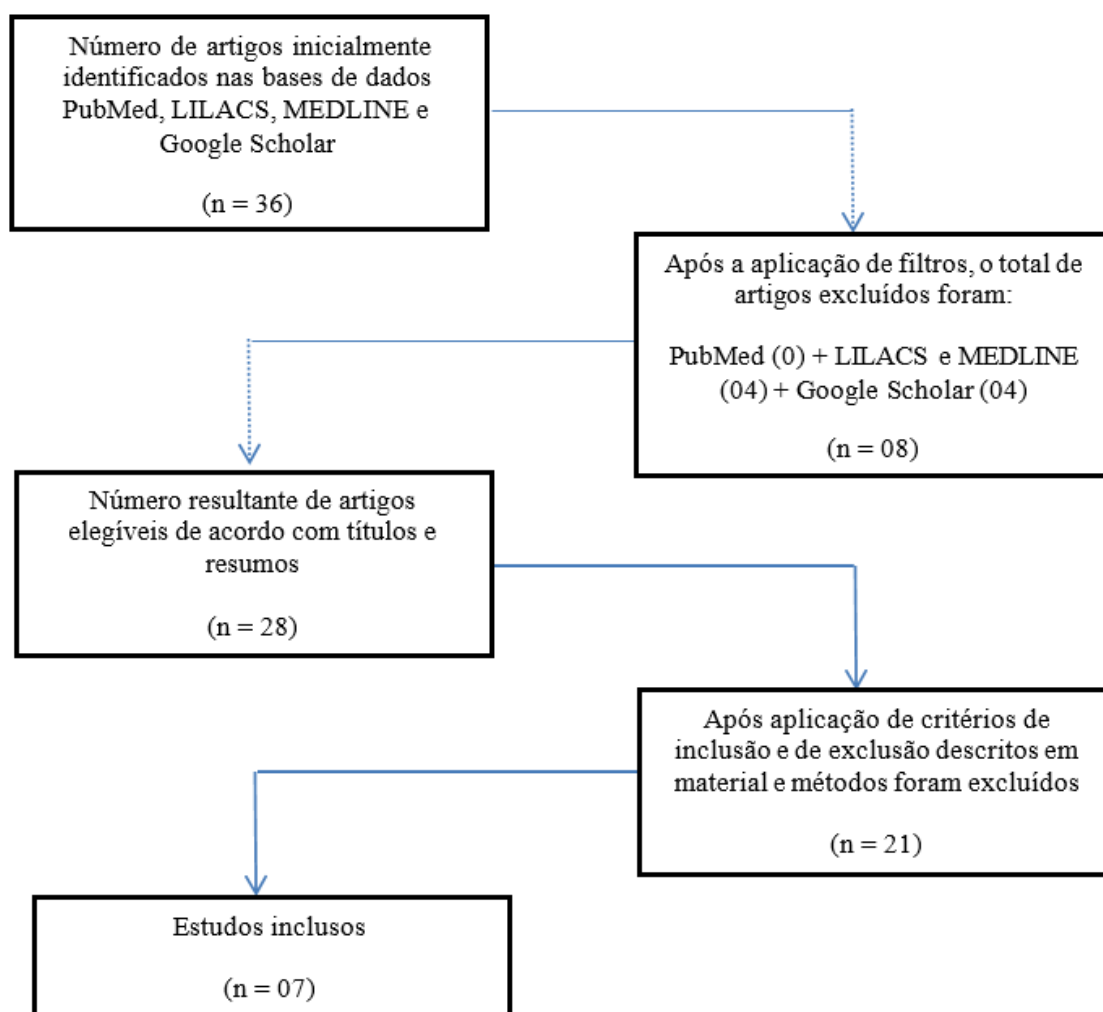
Todos os artigos foram selecionados através de pesquisa nas três referidas bases de dados por uma revisora (FVPC) e, consecutivamente, analisados e discutidos com um segundo revisor (HFO).

3 RESULTADOS

3.1 RESULTADOS PROCURADOS/ENCONTRADOS

O fluxograma 1 exibe os resultados da busca. A pesquisa identificou inicialmente um total de 36 artigos nas bases de dados PubMed, LILACS, MEDLINE e Google Scholar, e após a aplicação de filtros foram obtidos 07 artigos.

Fluxograma 1 – Seleção dos estudos



Fonte: autor. Aracaju, 2020.

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Decorrente da análise dos 07 estudos que compuseram essa revisão, foi observado, conforme o ano de publicação, uma maior produção em 2010 e em 2018, tendo cada ano 02 artigos publicados sobre os fatores de risco que podem predispor as crianças brasileiras à infecção pelo HIV/AIDS. Em 2013, 2015 e 2020 houve um estudo em cada ano. Já nos anos de 2011 a 2012, em 2014, 2016 a 2017 e em 2019 não foram detectados estudos sobre essa temática.

Os artigos selecionados, conforme metodologia citada, foram publicados do seguinte modo, em cinco periódicos brasileiros: 02 publicações em *Ciência & Saúde Coletiva* (uma em 2013 e outra em 2018); *Jornal de Pediatria* com 02 publicações (uma em 2010 e outra em 2015); *Revista de Saúde Pública* com um artigo em 2010; *Saúde e Pesquisa* com um artigo em 2018; e mais um artigo na *Brazilian Journal of Development* em 2020. Quanto ao local de desenvolvimento de cada estudo, todos realizados no Brasil: seis ocorreram no Estado do Rio de Janeiro e apenas um foi no Amazonas.

Esta revisão, com o objetivo de identificar os fatores de risco que contribuem direta ou indiretamente para a transmissão do vírus HIV entre as crianças, findou por abranger multidisciplinas, dentre as quais estão a Epidemiologia e a Estatística, a Saúde Coletiva ou Pública, a Medicina e a Enfermagem.

Quadro 1. Síntese da revisão integrativa de acordo com o título, periódico, ano de publicação, tipo de estudo e fatores de risco implicados na transmissão do HIV.

Título do artigo	Periódico	Ano de publicação	Tipo de estudo	Fatores de risco implicados
HIV testing in the maternity ward and the start of breastfeeding: a survival analysis / Testagem anti-HIV na maternidade e o início do aleitamento materno: uma análise de sobrevivência.	Jornal de Pediatria	2015	Coorte	Possibilidade do teste anti-HIV positivo e o aleitamento materno realizado sem o resultado da testagem.
Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto.	Ciência & Saúde Coletiva	2013	Transversal	Desconhecimento do resultado sorológico para o HIV no momento do parto
Resultado do teste rápido anti- HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento.	Revista de Saúde Pública	2010	Coorte	Aquisição do resultado sorológico para o HIV após o parto, gerando risco de não amamentação nos casos HIV negativos.
Perfil epidemiológico de crianças nascidas de mães HIV positivas em região metropolitana da Amazônia.	Revista Saúde e Pesquisa	2018	Transversal	Quantidade de parceiros sexuais, bissexualidade, uso de tatuagens, piercings, drogas inalatórias; baixo nível educacional; obtenção de
				sorologia após gravidez; possíveis problemáticas na aplicação da testagem anti-HIV no pré-natal; crianças de mães HIV+ ainda nascerem de parto normal, não receberem o AZT ou serem amamentadas.

Teste anti-HIV na gestação: vivência de profissionais de enfermagem.	Braz. J. of Develop.	2020	Exploratório qualitativo	Há enfermeiras que elegem pacientes para receberem aconselhamento. Resistência do uso do preservativo; desconhecimento por parte dos jovens brasileiros sobre como ocorre transmissão do HIV.
Fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na assistência ao parto.	Ciência & Saúde Coletiva	2018	Transversal	Adolescentes, ensino fundamental incompleto, apenas 50% das mães possuíam trabalho remunerado; 30% delas não compareceram às consultas de pré-natal. Número de testes anti-HIV executados não correspondem aos registrados nos prontuários.
Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV.	Jornal de Pediatria	2010	Coorte	Poucas captações de gestantes; 15 casos de novas gestações com o diagnóstico de infecção pelo HIV (idade materna < 30 anos, escolaridade máxima ou menor que o ensino fundamental). Poucos diagnósticos pré-parto e maior número deles no pós-parto. Gestantes HIV+
				não receberam profilaxia no momento do parto, terem tido parto normal e amamentado.

4 DISCUSSÃO

De modo a organizar a discussão, os artigos foram analisados e separados em dois eixos temáticos, I e II.

EIXO TEMÁTICO I – Resultado do teste rápido anti-HIV e sua relação com a Transmissão Vertical (TV)

Um estudo de coorte realizado nos cinco Hospitais Amigos da Criança do Sistema de Gestão de Alto Risco, no Rio de Janeiro, entre os meses de Setembro e Dezembro de 2006, por Possolli; Carvalho; Oliveira (2015), produzido com 932 parturientes que estavam internadas para o parto, analisou a relação entre testagem rápida anti-HIV e início precoce ou tardio do aleitamento materno no momento do nascimento da criança. Nessa análise, mostrou-se a importância da amamentação e da testagem negativa prévia do anti-HIV para iniciar o aleitamento materno de modo precoce, assim como, oferecer maiores chances de sobrevivência ao recém-nascido (RN). Quanto ao tema HIV/AIDS, neste artigo, há fatores implícitos de risco, que estão correlacionados, para seu desenvolvimento na criança: a possibilidade do teste anti-HIV positivo e o aleitamento materno realizado sem ter conhecimento do resultado desse teste.

Possolli; Carvalho; Oliveira (2015) observaram que mesmo em Hospitais Amigos da Criança, a amamentação vem acontecendo mais tardiamente em detrimento da indisponibilidade do resultado do teste anti-HIV na ocasião do parto. Ademais, o início tardio do pré-natal (terceiro trimestre) e do parto cesáreo contribuem para esse atraso. Em especial a variável “momento do resultado do teste rápido anti- HIV depois do parto” e o fato de não se ter conhecimento que esse teste rápido foi realizado no hospital, Oliveira et al (2010 apud POSSOLLI; CARVALHO; OLIVEIRA 2015) revelam que são eles que impactam no atraso de iniciar o aleitamento materno (AM) assim que a criança nasce. Para tanto, o artigo traz a urgência de normatizar o manejo do AM diante da sorologia desconhecida para o HIV, assim como, deve-se manter e estabelecer aconselhamento, consentimento, responsabilidades que devem existir para que o resultado do teste anti-HIV seja fornecido em tempo hábil, de modo a não oferecer prejuízo ao início da amamentação.

O estudo transversal de Soares et al. (2013) que também teve sua ocorrência em Hospitais Amigos da Criança do Sistema de Gestão de Alto Risco do Sistema Único de Saúde (SUS), no Rio de Janeiro, no ano de 2006, analisou que fatores estavam associados a um pré-natal com status sorológico desconhecido para o HIV, no momento da internação para o parto. Esse estudo revelou que um fator de risco implícito envolvido para a possível difusão do HIV/AIDS às crianças foi o desconhecimento do resultado sorológico para HIV, que ocorreu entre as 873 gestantes submetidas à testagem rápida anti-HIV, no momento em que estavam internadas para parir.

Sobre a obtenção de algum resultado do anti-HIV ainda durante o pré-natal, somente 592 gestantes receberam esse resultado, o que equivalem a 67,8% do total de mulheres testadas, valor um pouco superior ao da média nacional para o ano de 2006, que conforme Szwarcwald (2008 apud SOARES et al. 2013), foi de 62,3%. Destes 62,3%, os piores resultados revelados ainda por Szwarcwald (2008 apud SOARES et al. 2013) estiveram nas regiões Norte com 45,9% e Nordeste com 40,6% das parturientes que obtiveram o resultado da testagem anti-HIV antes do parto, demonstrando a deficiência na prevenção/testagem anti-HIV nesses Estados menos desenvolvidos.

Quanto ao status sorológico ignorado nos testes rápidos anti-HIV, nesse estudo de Soares et al. (2013), ele esteve presente entre 281 (32,2%) das gestantes, sendo que destas, 45,9% foi por não terem sido submetidas ao exame e 54,1%, por não terem recebido o resultado, mesmo com o teste realizado. Essa prevalência elevada do status sorológico de HIV ignorado possibilita um risco também aumentado e implícito de soropositividade para o HIV na criança. Para entenderem o que influenciava essa falha no reconhecimento da sorologia para o HIV entre essas mães, Soares et al. (2013) observaram o envolvimento das seguintes condições sociodemográficas, reprodutivas e assistenciais: baixas escolaridade e renda materna (em geral inferior a um salário mínimo), multirelacionamentos no último ano, gravidez não planejada, poucas consultas pré-natais e pré-natal tardio. Contudo, o número insuficiente de consultas pré-natais foi elencado como o mais significativo fator para não se conhecer a presença sorológica do vírus da AIDS, no momento da internação para o parto.

Portanto, todos esses fatores envolvidos no desconhecimento da sorologia para o HIV entre as puérperas submetidas ao teste anti-HIV conduzem ao desfecho de que se necessita de maior observância, conforme Brasil (2007 apud SOARES et al., 2013), às políticas públicas que diminuam as disparidades socioeconômicas, assim como, às políticas assistenciais da saúde no que se refere a captar o mais precocemente possível as gestantes no pré-natal e executar devidamente o que é requerido de sorologias e outros procedimentos de acordo com o trimestre. Além disso, foi recomendado de acordo com Brasil (2007 apud SOARES et al., 2013), que não apenas a testagem anti-HIV deva ser ampliada no pré-natal, como também deve ser ágil o resultado desse teste, pois objetiva-se prevenir a transmissão vertical do vírus, principal via que infecta as crianças.

OLIVEIRA, et al (2010) também realizam um estudo de coorte, nos cinco Hospitais Amigos da Criança que integram o Sistema de Gestão de Alto Risco no Rio de Janeiro, em de 2006, com 944 parturientes que obtiveram resultado negativo para o teste rápido anti-HIV. Teve o objetivo de analisar a influência de fatores, como o resultado do teste rápido após o parto, sobre não amamentar até a primeira hora de vida. Para isso, os autores utilizaram-se de informações laboratoriais, do prontuário, do momento pós-parto através de entrevista realizada com essas parturientes.

Dentre os resultados obtidos no estudo de Oliveira, et al (2010) estão: uma pequena porcentagem das parturientes, 15,6%, conheceu o resultado do teste sorológico para o HIV antes do parto, e na sequência, 30,8% das parturientes só obtiveram esse resultado após o parto, enquanto que 53,6% no momento da entrevista ainda não conheciam o resultado do teste anti-HIV. Ainda, observaram outros fatores maternos e assistenciais que contribuíam com o risco de não amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida, além da aquisição do resultado do teste anti-HIV somente após o parto (principal fator): genitora não manifestar vontade de amamentar; renda materna menor ou igual a um salário; mãe não ser branca. o fato de a equipe não ser escuta ativa dessa mãe; e, o parto ter sido cesáreo.

Segundo o CFM (2003 apud OLIVEIRA, 2010), os testes rápidos anti-HIV são testes de triagem que têm a função de detectar, caso haja infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, anticorpos anti-

HIV em um tempo máximo de 30 minutos. Contudo, o resultado desse teste pode não ser informado de modo tão rápido quanto a sua execução à maternidade e à parturiente. Quanto a esse estudo, observou-se que o laboratório onde o teste era realizado não se situava próximo à maternidade, gerando dificuldade no seu feedback. Ainda assim, quem solicitou, conforme Santos (2007 apud OLIVEIRA, 2010), é quem deveria buscar esse resultado, mas levantam-se hipóteses de muitos testes rápidos estarem sendo executados e da sobrecarga dos profissionais solicitantes, para se justificar a dificuldade em obter tão logo prontos esses resultados.

Conhecer o resultado da testagem rápida anti-HIV é muito relevante para a tomada de decisões de instituir logo a amamentação, se a sorologia for negativa, ou de suspendê-la em caso da soropositividade materna, bem como de empregar profilaxia para o HIV na criança com o AZT intravenoso num mínimo de três horas antes do parto, realizar cesariana e não romper artificialmente membranas (BRASIL, 2004 apud OLIVEIRA, 2010).

Diante da análise do estudo de OLIVEIRA et al (2010), e sabendo que o teste rápido anti-HIV tendo seu resultado atrasado para o parto influencia muito no risco de não amamentar na primeira hora de vida da criança, no caso de a mãe ser soronegativa, e, influencia igualmente na introdução de profilaxia para a transmissão vertical entre as soropositivas. Então, têm-se motivos suficientes para que esse teste deva ser indicado tão logo ocorra a primeira consulta do pré-natal, incluso numa busca ativa dessa gestante e, que o resultado da testagem seja comunicado em tempo hábil à essa mulher para a amamentação ainda na primeira hora de vida.

EIXO TEMÁTICO II – Fatores sociodemográficos e assistenciais que podem contribuir para a persistência da TV

No estudo descritivo transversal de Silva et al (2018), realizado na Unidade de Referência Materno-Infantil e do Adolescente (UREMIA), no Pará, sobre o perfil epidemiológico de 125 crianças de 6 a 18 meses de idade, nascidas de mães HIV positivas, encontrou-se os seguintes resultados sociodemográficos, conforme informações foram extraídas de entrevistas, de janeiro a abril de 2016, com as mães que testaram positivo para o vírus da AIDS: a maioria, das crianças e de suas mães HIV positivas, vivem na zona urbana (65,6%), as mães possuem o 2º grau escolar (52,8%) e possuem uma média de 27,2 anos de idade (50,4%). Quanto à exposição sexual ao HIV: muitas mães tiveram de 1 a 8 parceiros (70,4%), enquanto que menos de 50% dos pais tiveram mais de 10 parceiras (20%).

Em relação a outros fatores de risco de transmissão desse vírus: a maioria das mães entrevistadas têm empregados em seu corpo tatuagem e/ou piercing (92,4%) contra 66% dos pais, e, 7,6% delas já fizeram uso de drogas inalatórias contra 34% dos pais. Além disso, 5% dos pais dessas crianças com possibilidade de adquirir o HIV são bissexuais. A partir do exposto, observou-se que se configuram como os principais fatores de risco para a transmissão do HIV: múltiplos parceiros sexuais, implantes corporais de tatuagens

e/ou piercing, a questão do ensino - de pouco mais da metade das mulheres cursando - até o ensino médio e a média de idade, em pouco mais de 50%, menor que 30 anos (SILVA et al 2018).

Outros fatores, ainda segundo Silva et al 2018, como o fato de comparecerem às consultas de pré-natal num número aquém (de 2 a 6 consultas) do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (mínimo de 6 consultas), e sobre possíveis problemáticas assistenciais em aplicar o teste anti-HIV à mulher no pré-natal, podem contribuir intensamente, segundo Fonseca et al (2015 apud SILVA et al 2018), para a persistência da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana, em especial na região Norte do Brasil, de onde surgem esses dados quali-quantitativos de risco para a aquisição do HIV. Já quanto ao período de descoberta da infecção, mais da metade das mulheres (56%) só obtiveram o resultado após engravidar, e, menos da metade dessas mulheres (44%), antes de engravidar. Testaram positivo para esse vírus, 24,8% das genitoras, e 100% das crianças que entraram em contato com o HIV foi por transmissão vertical (TV).

Diferentes hospitais do Pará fizeram os partos das mães com HIV, tendo nascidas a termo 80,8% das crianças e, apenas 5,6% foram pré-termos. Dentre as 125 possibilidades de TV do HIV, apenas 7 das crianças (5,6%) apresentaram o vírus em sua sorologia. Destas 5,6 crianças com HIV, 4% não foram medicadas com o AZT e 4,8% receberam o aleitamento materno. Essas realidades em meio às crianças HIV positivas, mesmo que aparentemente pequenas, de não receberem o xarope AZT até as 6 primeiras semanas de vida, de serem amamentadas por suas mães com sorologia positiva para esse vírus justificam ainda a prevalência do HIV infantil e alterações consequentes que podem ser severas ao desenvolvimento dessas crianças (SILVA, et al 2018).

O estudo de Silva et al (2018) concluiu que apesar de grande parte das mulheres e seus filhos terem utilizado o AZT durante sua gestação e os partos terem sido cesáreos na maioria dos casos, os serviços de saúde, mesmo assim, necessitam dar mais atenção ao pré-natal e ao pós-parto devido a falhas evidentes em prevenir a transmissão vertical do HIV: 13% de crianças ainda nascidas por parto normal, o fato de 4% delas não terem recebido o AZT até os 42 primeiros dias de seu nascimento, 5,6% terem nascidos prematuros e 5% terem sido amamentados por suas mães HIV positivas.

Para ver como ocorrem as aplicações dos testes anti-HIV às gestantes, assim como, os aconselhamentos pré e pós-teste anti-HIV em seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), situadas em Volta Redonda no Rio de Janeiro, uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa é realizada por Silva et al (2020) com sete profissionais de nível superior da enfermagem, entre agosto e setembro de 2017. Os profissionais de saúde, como o enfermeiro, são responsáveis por fazer a testagem anti-HIV, explicando após o consentimento verbal da gestante sobre as características da infecção, como prevenir, tratar e condutas que devem ser tomadas se o resultado for positivo. No Brasil, fazer o aconselhamento para as infecções sexualmente transmissíveis, nesse caso HIV/AIDS, é uma prática muito importante ditada pelo Ministério da Saúde (MS) na combate a essa epidemia (LIMA et al, 2015 apud SILVA et al 2020).

Dentre as sete enfermeiras participantes do estudo, quatro (57%) asseguraram que não obtiveram resistência pelas gestantes em realizar os testes rápidos anti-HVI. A respeito dos aconselhamentos pré (prevenção do contato viral, da infecção vertical, sobre a janela imunológica e, o tratamento caso positividade do teste) e pós-teste (continuidade da prevenção, exames complementares para confirmar o diagnóstico, tratamento se resultado positivo, explicação sobre janela imunológica e referência para serviços especializados), elas afirmam fazê-los na maioria das testagens. No entanto, há enfermeiras que fazem esse aconselhamento de modo subjetivo, fazendo eleição das pacientes que devem ser orientadas, prática que não está de acordo com o que o MS recomenda: todos os testes anti-HIV devem seguir com o acolhimento e aconselhamento prévio e tardio à testagem, independente de risco da mulher para a infecção (SILVA et al 2020).

No que tange aos fatores citados pelas enfermeiras nas abordagens em relação aos testes estão: uso de preservativo (continua sendo a melhor forma de prevenir a transmissão do HIV), atenção sobre relacionamento com múltiplos parceiros; não compartilhar seringas; importância da testagem, para que o vírus não seja transmitido ao bebê e, para que em caso de positividade possa realizar exames, tratamento e orientações a respeito do parto e do pós-parto sem o aleitamento materno. Sabendo-se da resistência quanto ao uso do preservativo tanto pela maioria dos homens como das mulheres e do desconhecimento de 48,3% jovens brasileiros entre 15 e 24 anos de idade, segundo Brasil (2013 apud SILVA, 2020), sobre as formas de transmissão do vírus HIV, necessita-se, conforme Rodrigues; Nascimento; Araújo (2011 apud SILVA et al 2020) de capacitação e de empenho pelos profissionais da saúde para educar os clientes que vão até a UBS, de modo que estes sejam devidamente acolhidos e aconselhados para práticas sexuais com responsabilidade e, a respeito da transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS (SILVA et al 2020).

Portanto, Silva et al 2020, sinaliza que é fundamental que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, adquiram habilidades para o atendimento pré-natal, para a promoção da saúde das gestantes e de seus bebês, de modo a prevenir a contaminação por HIV para esse binômio, através do acolhimento e do adequado aconselhamento pré-teste e pós-teste anti-HIV, visando sempre a melhor alternativa para a manutenção da saúde, seja referenciando a gestante para serviço especializado ou oferecendo tão logo exames complementares e o tratamento necessário em caso de positividade do teste.

Em outro estudo transversal, realizado no segundo semestre de 2009, por Oliveira; Silva; Gomes, 2018 e baseado na pesquisa de Oliveira (2012 apud OLIVEIRA; SILVA; GOMES, 2018) sob o título de “Avaliação da Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no município do Rio de Janeiro, a partir da percepção das mulheres quanto às questões de gênero, poder e cidadania envolvidas na assistência ao aleitamento materno”, objetivou-se analisar fatores socioeconômicos e assistenciais que estão associados à submissão ou não de 835 parturientes ao teste rápido anti-HIV no momento do parto. Esse estudo compôs-se de entrevista a essas parturientes internadas e de consulta a seus prontuários, em 15 hospitais do SUS do Rio de Janeiro.

Para o estudo, Oliveira; Silva; Gomes (2018) elaborou um modelo teórico com características maternas (idade, cor, escolaridade, trabalho, renda), domiciliares e reprodutivas (número de moradores, existência de companheiro, número de partos), da assistência pré-natal (realização, local das consultas, trimestre de início, número de consultas, realização do exame anti-HIV, sorologia negativa do anti-HIV no pré-natal) e da assistência ao parto (realizado no Hospital Amigo da Criança? e o tipo de parto), para associá-las à submissão ou não ao teste rápido anti-HIV.

Os testes rápidos anti-HIV vêm sendo executados nas maternidades, a fim de fazer prevenção da transmissão vertical (TV) desse vírus, e para que esse objetivo seja alcançado é necessário, conforme Brasil (2014 apud OLIVEIRA; SILVA; GOMES, 2018), que pelo menos 95% das gestantes sejam testadas no pré-natal. Quanto ao estudo de Oliveira; Silva; Gomes, 2018, após a comparação das duas fontes de dados (entrevistas e prontuários): 406 mães (48,6%) submeteram-se ao teste rápido e 111 (13,3%) não foram testadas. Já aquelas que disseram não terem sido submetidas ao teste ou desconhecer a submissão, mas tinham registro do teste no prontuário compunham 259 (31%) parturientes e 59 (7%) relataram terem sido testadas, contudo não havia registro desse teste no prontuário.

Dentre 835 mães entrevistadas, cerca de 25% eram adolescentes e essa mesma porcentagem declarou-se de cor branca, 33,3% tinham o ensino fundamental incompleto, apenas 50% delas tinham trabalho remunerado, quase 50% eram primigestas e a maioria afirmou ter companheiro. Pouco mais de 95% compareceu às consultas de pré-natal, entretanto quase 30% não chegaram a ir a pelo menos seis consultas, e menos de 66,7% deram início ao pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional (OLIVEIRA; SILVA; GOMES, 2018).

A sorologia do pré-natal, conforme as entrevistas realizadas por Oliveira; Silva; Gomes (2018), foram negativas entre 86,7% das parturientes, contudo, nos prontuários apenas 68% tinham essa negativação sorológica. E quanto aos partos ocorridos em hospitais com certificação na Iniciativa Amigo da Criança (qualificados na assistência) foram cerca de 50%, número que implica em menor testagem anti-HIV hospitalar. Ainda sobre dados das entrevistas, nos hospitais, 55,7% das mães submeteram-se ao teste rápido anti-HIV, sendo que apenas 37,4% das mulheres tiveram o resultado desse teste antes de seus partos. Já nos prontuários maternos, o registro de mães que fizeram o teste rápido foi maior, 79,6%.

Descobriu-se no estudo de Oliveira; Silva; Gomes (2018), através do modelo teórico com múltiplas variáveis e das entrevistas, que a cor da pele não branca, não realizar o pré-natal, não ter sorologia negativa do anti-HIV no pré-natal e a realização do parto em hospital que não é amigo da criança foram fatores mais associados à feitura do teste rápido anti-HIV no hospital, enquanto que a escolaridade materna até o 1º grau incompleto esteve menos associada à realização desse teste. De acordo com o que foi extraído dos prontuários, fatores como não ter companheiro e ter seis ou mais pessoas na residência estiveram mais relacionados à submissão ao teste rápido pelas parturientes.

Apesar de mais de 50% das mulheres terem realizado o teste rápido anti-HIV quando admitidas para o parto, esse fato origina, conforme Oliveira et al e Esteves et al (2010 e 2015 apud OLIVEIRA; SILVA;

GOMES, 2018), gastos demasiados com material e investimento de tempo dos profissionais dedicados à assistência ao parto, visto que deveriam ser testadas apenas as mulheres que não conhecem sua sorologia para o HIV. Somado a isso, observou-se incongruência no confronto de dados obtidos das entrevistas e dos prontuários maternos quanto à submissão ao teste rápido, o que sugere falhas em registros dos testes, segundo Domingues; Hartz; Leal (2012 apud OLIVEIRA; SILVA; GOMES, 2018), e, no aconselhamento das mães quanto à prevenção do HIV e à transmissão vertical (TV), conforme Passos et al (2013 apud OLIVEIRA; SILVA; GOMES, 2018).

Diante do exposto em Oliveira; Silva; Gomes (2018), concluiu-se que os protocolos do Ministério da Saúde sobre a testagem anti-HIV não estavam sendo postos em prática, exatamente como descritos, devido à influência de vários fatores sociodemográficos, reprodutivos e de assistência implicados nesse desfecho, e, portanto, o estudo recomenda que haja uma qualificação dos profissionais de saúde - daqueles envolvidos na assistência ao parto, bem como dos que trabalham na Atenção Primária (AP) -, a fim de que a sorologia seja requerida apenas quando for oportuna, que seu resultado seja ágil e garantido a todas as parturientes, e que as gestantes sejam captadas precocemente no pré-natal, assim como sejam consultadas se optam por submeterem-se ao teste rápido anti-HIV após o aconselhamento para prevenção do HIV, e ainda conheçam como dá-se a transmissão materno-infantil (TMI) desse vírus.

Fernandes et al (2010) realizou um estudo de coorte que acompanhou, através de prontuários, 78 binômios (gestantes e seus bebês) com diagnóstico confirmado de infecção por HIV, os quais foram assistidos, de janeiro de 2004 a abril de 2007, no Serviço Municipal de Atendimento Especializado de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, localizado em Campos dos Goytacazes, no Rio de Janeiro (RJ). Objetivaram identificar quais são as barreiras operacionais que impedem reduzir a transmissão vertical (TV) do HIV em Campos dos Goytacazes/RJ. Durante o período acima citado, os resultados foram: cerca de 3692 gestantes foram atendidas por ano, para acompanhamento clínico no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), número que equivale à 50% do total de gestantes em Campos dos Goytacazes, tendo sido observado poucas captações no estudo. Ainda constatou-se as seguintes variáveis que se relacionam com menores taxas de transmissão materno-infantil (TMI): maior número de cesarianas, bem como mais rupturas de membranas no parto e peso ao nascer $\geq 2,5$ Kg.

Ademais sobre os resultados do estudo de Fernandes et al (2010): a idade materna identificada foi abaixo de 30 anos, a escolaridade foi máxima ou menor que o ensino fundamental completo, todavia a maioria das gestantes refere ter ciência sobre o risco de TMI do vírus e, a forma de prevenção. Nesse estudo ainda houve, de modo surpreendente, 15 casos de novas gestações das mães que já tinham o diagnóstico de infecção por HIV. Quanto ao diagnóstico materno da infecção, apenas 38,5% ocorreram antes da gravidez e 48,7% no pré-natal. Casos de diagnósticos de infecção materna somente no pós-parto e a não utilização da profilaxia contra o HIV na gravidez estiveram bastante relacionados com a TMI do HIV. Já em relação à análise da carga viral e à quantidade de células CD4 maternos não se identificou significância com a TMI.

A TMI encontrada no estudo de Fernandes et al (2010) foi de 7,7% (taxa elevada quando comparada a de outros países, a exemplo da África do Sul com 4,9%, conforme diz Hoffman, 2010 apud FERNANDES, 2010), valor que corresponde a seis infectados dentre 78 menores. Os casos de TV, segundo Fernandes et al (2010), tiveram sorologias positivas para o HIV detectadas pelo teste rápido dentre três gestantes: um caso ocorreu no pré-parto e dois foram no pós-parto. No caso em que houve o diagnóstico da infecção pelo HIV antes do parto, o RN foi prematuro com peso de 1.930g e o parto foi cesáreo após a ruptura de membranas. Já na ocorrência do diagnóstico pós-parto, as gestantes não receberam a profilaxia (Zidovudina) no momento do parto, uma teve parto normal e a outra cesáreo após a ruptura de membranas, contudo, os RN receberam aleitamento materno (AM).

Dando continuidade às seis crianças infectadas, o quarto caso teve o diagnóstico de infecção materna durante a gestação, a gestante recebeu esquema tríplice de profilaxia (Zidovudina, Lamivudina e Nelfinavir), o parto foi cesariana e o RN não foi amamentado. O quinto caso teve seu diagnóstico antes da gestação, já vinha fazendo uso de profilaxia múltipla, mas a adesão era ineficiente, a carga viral era elevada, foi à óbito, além de ter também Toxoplasmose, a qual também foi detectada no RN. O sexto RN infectado nasceu via vaginal e sua genitora só foi diagnosticada após o parto por teste rápido. Esse RN recebeu Zidovudina (xarope) e leite artificial, contudo apesar de carga viral antes indetectável, aos 3 anos de idade foi confirmado seu diagnóstico de infecção pelo HIV devido ao AM outrora ofertado (FERNANDES et al 2010).

Muitas barreiras foram vencidas quanto à prevenção da TMI em Campos dos Goytacazes: mostra da importância em requerer a sorologia anti-HIV na gestação; expansão da testagem para outras unidades de saúde; funcionamento do Programa de Saúde da Mulher em conjunto com o Programa Saúde da Família, conforme revelam Fernandes e Souza (2005 e 2002 apud FERNANDES, 2010); disponibilização para as gestantes dos resultados de CD4 e da carga viral; testes rápidos anti-HIV para as gestantes ainda não submetidas à testagem. Apesar dessas conquistas de promoção e prevenção à saúde a taxa de TMI de 2004 a 2007 manteve-se acima (7,7%) da taxa do triênio anterior de 2001 a 2003 com 6,8% (FERNANDES 2005 apud FERNANDES, 2010).

Conclui-se com o estudo de coorte de Fernandes et al (2010) que o diagnóstico da infecção por HIV realizado antes da gestação, o uso correto do teste rápido são muito importantes, para que se realize tão logo as medidas profiláticas com a Zidovudina ou a terapia antirretroviral (ARV) tríplice, para diminuir ou até zerar a TMI. Além disso, as taxas de TMI são reduzidas com a não amamentação e com a adesão das gestantes aos ARV. Portanto, são delineados fatores que interferem na manutenção da transmissão do vírus HIV para a criança: baixo número de testagens anti-HIV no pré-natal, teste rápido utilizado incorretamente na admissão para o parto naquelas gestantes que não foram testadas, além da ocorrência de novas gestações de mães já infectadas pelo HIV, fato que expõe a necessidade de reforçar uso de medidas preventivas contra a transmissão sexual, além de melhor assistência da equipe multidisciplinar às gestantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão sistemática apresentada possibilitou a obtenção de uma síntese do conhecimento científico acerca dos fatores de risco que geram maior suscetibilidade/transmissibilidade do HIV/AIDS entre as crianças brasileiras, apesar de haver ainda poucos estudos desde 2010 que delinham o assunto, de modo a mostrar avanços e retrocessos, a fim de que haja intervenções da saúde pública.

Apesar de o número de infecções por HIV ter declinado entre o público infantil, várias falhas foram detectadas na transmissão materno-infantil desse vírus, mantendo-se ainda determinada incidência entre as crianças do Brasil: serviços de saúde têm desajustes na assistência pré e pós-natal em relação à coerência e/ou ética sobre aconselhamentos, no número de testes anti-HIV registrados nos prontuários, no atraso do resultado desses testes, visto que esses fatores influenciam sobre possíveis condutas anti-HIV ou não; a questão da não profilaxia adequada para a gestante e para o recém-nascido; o fato de muitas gestantes terem um baixo nível socioeconômico, de estudos, idade menor que 30 anos, etnia não branca, número de parceiros sexuais, não fazerem uso prévio de preservativos, amamentarem enquanto sorologia positiva para o HIV.

Diante dessas já conhecidas falhas que até o presente favorecem casos de transmissão vertical do HIV, necessita-se, com urgência, de mudanças e de atenção sobre as políticas públicas no trato de pessoas com menores condições socioeconômicas e educacionais, além de vigilância por instâncias superiores da saúde no cumprimento dos protocolos de profilaxia e manejo do HIV/AIDS, que devem ser seguidos por todos os níveis de atenção à saúde, para que os índices de casos e de mortalidade entre crianças sejam, enfim, zerados.

REFERÊNCIAS

- ABIA. As crianças e o HIV. Coordenação Nacional de DST e AIDS – SPS/Ministério da Saúde e UNESCO. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA - Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: http://abi aids.org.br/_img/media/Aaa42.pdf. Acesso: 08/06/2020.
- ABIA. Crianças afetadas pela AIDS. Coordenação Nacional de DST e AIDS – SPS/Ministério da Saúde e UNESCO. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA - Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: http://abi aids.org.br/_img/media/Aaa42.pdf. Acesso: 08/06/2020b.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids. Número Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Dez. 2019. Disponível: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso: 01/06/2020.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016. Volume 48 N° 1 – 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf. Acesso: 01/07/2020.
- BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2017a.
- BRASIL. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2017b.
- CAVALCANTE, Maria do Socorro et al. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, vol.8, no.4, Recife Oct./Dec. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000400013>. Acesso: 21/06/2020.
- DIAS, Rosa Maria et al. Crianças HIV positivas: características antropométricas e sociodemográficas. Pesquisa realizada no ambulatório do Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas-Casa Dia. Município de Belém, Pará. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n4/a3453.pdf>. Acesso: 23/05/2020.
- FERNANDES et al. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 2010; 86(6). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000600010. Acesso: 25/07/2020.
- LEMONS, Lígia Mara D. de et al. Avaliação de medidas preventivas para transmissão de HIV de mãe para filho em Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* vol.45 no.6 Uberaba Nov./Dec. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000600005&lang=pt Acesso: 25/05/2020.
- MALUF E SILVA, Margareth J. et al. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* vol.43 no.1 Uberaba Jan./Feb. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000100008>. Acesso: 16/06/2020.

MELO, Márcio Cristiano de et al. Incidência e mortalidade por AIDS em crianças e adolescentes: desafios na região sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.21, no.12, Rio de Janeiro, Dec. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203889&lang=pt. Acesso: 28/05/2020.

MIRANDA, Angelica E. et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.32 no.9 Rio de Janeiro 2016 Epub 19-Set-2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000905008&lng=pt&tlng=pt. Acesso: 29/05/2020.

OLIVEIRA, Maria Inês C. de; SILVA, Katia S. da; GOMES, Daniela M. Fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na assistência ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, nº 2, Rio de Janeiro, Fev. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n2/575-584/pt>. Acesso: 25/07/2020.

OLIVEIRA, Maria Inês C. de et al. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Revista de Saúde Pública*, Fev 2010, Volume 44, Nº 1, Páginas 60 – 69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100007>. Acesso: 25/07/2020.

POSSOLLI, Glaucia T.; CARVALHO, Márcia L. de; OLIVEIRA, Maria Inês C. de. HIV testing in the maternity ward and the start of breastfeeding: a survival analysis / Testagem anti-HIV na maternidade e o início do aleitamento materno: uma análise de sobrevivência. *Jornal de Pediatria*, Ago 2015, vol. 91, nº 4, páginas 397-404. Disponível em: doi.org/10.1016/j.ped.2014.11.004. Acesso: 25/07/2020.

SANTOS, A.B.S.; COELHO, T.C.B.; ARAÚJO, E.M. Racial identity and the production of health information. *Interface (Botucatu)*, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop0313.pdf>. Acesso: 01/07/2020.

SILVA, et al. Teste anti-HIV na gestação: vivência de profissionais de enfermagem. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v.6, n.7, p. 47716-47726, Jul. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13331>. Acesso: 25/07/2020.

SILVA, et al. Perfil epidemiológico de crianças nascidas de mães HIV positivas em região metropolitana da Amazônia. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.11, n.3, p.423-430, Set/Dez 2018. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6735/3294>. Acesso: 25/07/2020.

SOARES, Marcelo de L. et al. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, Mai 2013, volume 18, nº 5, páginas 1313-1320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500016>. Acesso: 25/07/2020.

UNAIDS, Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **ESTATÍSTICAS GLOBAIS SOBRE HIV 2019**. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/#:~:text=ESTAT%C3%8DSTICAS%20GLOBAIS%20SOBRE%20HIV%202019&text=770%20000%20%5B570%20000%E2%80%94,at%C3%A9%20o%20fim%20de%2018>). Acesso: 03/11/2020.