

O desafio brasileiro para erradicação da transmissão vertical do HIV e Sífilis e o papel da APS

CURITIBA, 19 DE MAIO DE 2016

ANTONIO MARINHO FALCÃO NETO

V ENCONTRO ESTADUAL DA REDE MÃE PARANAENSE

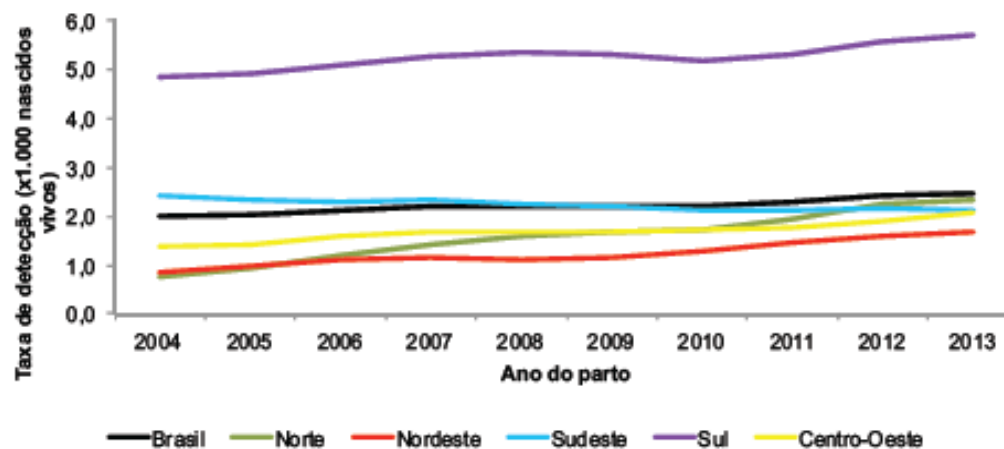


HIV – 35 anos

- 1981 - globalizada e alarmante de todas as epidemias conhecidas na história de medicina.
- Crescentes desafios - dentre eles o controle da transmissão mãe-filho ou transmissão vertical (TV) e a redução dos agravos à saúde materna¹.
- Dados epidemiológicos² - avanço crescente entre as mulheres de 15 a 49 anos, em percentuais que ultrapassam o número de homens infectados.
- Brasil – números MS mostram a razão M/F se reduz ano após ano.
- 1985 – razão 25/1, 1,5 em 2004 e 1,8 em 2013.
- dramático avanço da infecção entre mulheres - faixa etária que vai dos 13 aos 49 anos³

HIV – 35 ANOS – aumento significativo de HIV em gestantes desde 2004

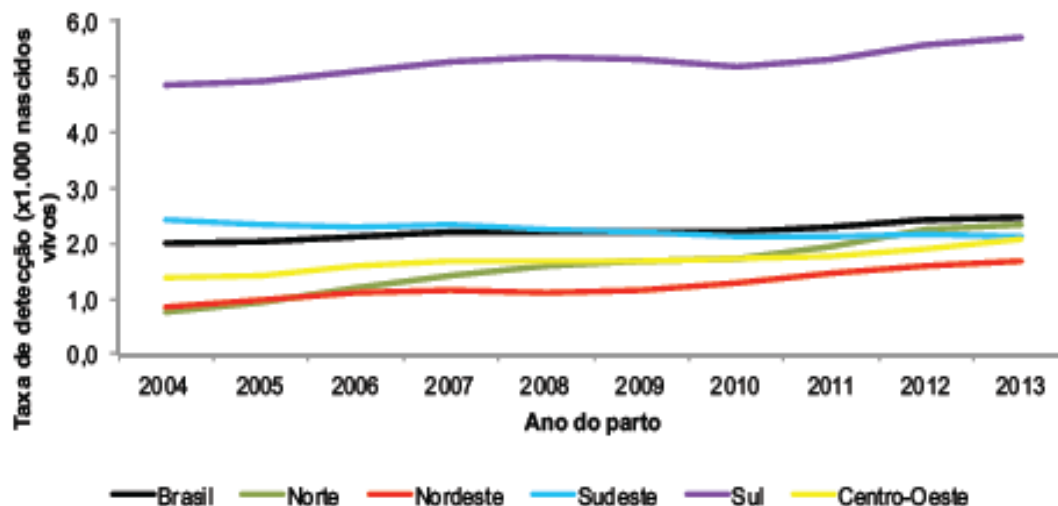
Gráfico 2 - Taxa de detecção de HIV em gestantes (por mil nascidos vivos) segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2004 a 2013⁽¹⁾



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/04/2013.

HIV – 35 ANOS - aumento significativo de HIV em gestantes desde 2004

Gráfico 2 - Taxa de detecção de HIV em gestantes (por mil nascidos vivos) segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2004 a 2013⁽¹⁾



Fonte: MS/SMS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2013.

- Crescimento da taxa de detecção na região sul (2,3 vezes a média nacional)
- < 05 anos -decrécimo de 4,2 para 2,7/100.00 mil habitantes.
- chamam a atenção as taxas da região sul (4,7), especialmente os estados do rio grande do sul (6,2) e santa Catarina (6,0)³.

HIV E GESTAÇÃO

HIV E GESTAÇÃO

GRAVIDEZ

HIV E GESTAÇÃO

GRAVIDEZ



HIV E GESTAÇÃO

GRAVIDEZ



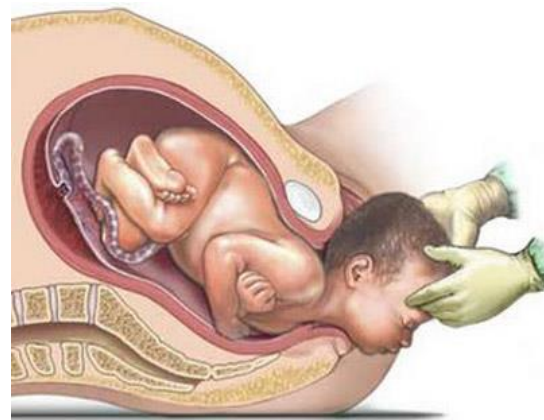
PARTO

HIV E GESTAÇÃO

GRAVIDEZ



PARTO

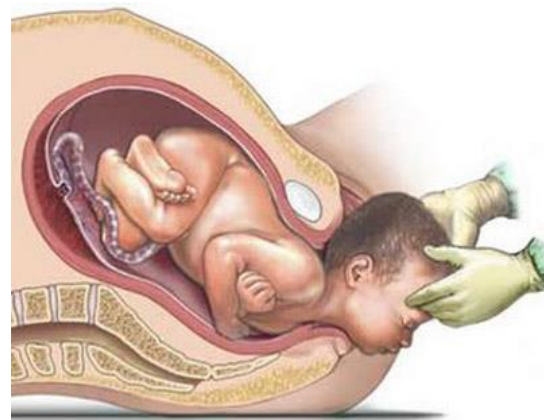


HIV E GESTAÇÃO

GRAVIDEZ



PARTO



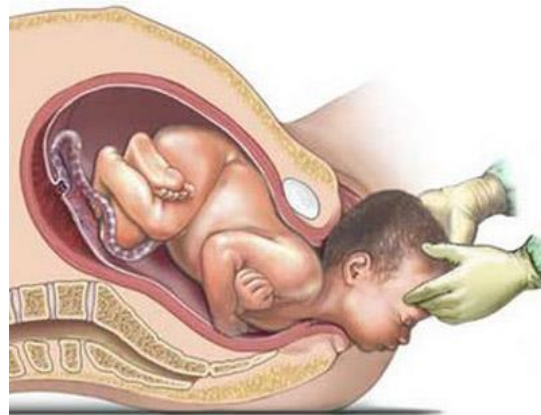
PUERPÉRIO
(ALEITAMENTO)

HIV E GESTAÇÃO

GRAVIDEZ



PARTO



PUERPÉRIO
(ALEITAMENTO)



- 1994 – protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (PACTG 076) - uso da zidovudina (AZT) na gestação, parto e puerpério (RN)
 1. pela gestante infectada
 2. pelo recém-nascido - durante as primeiras semanas de vida
- REDUZ 70% o risco do recém-nascido ser infectado
- ▶ CONSIDERADO UM DOS PRINCIPAIS AVANÇOS NO CONHECIMENTO SOBRE A AIDS⁴
- Atualmente - uso de terapia anti-retroviral (TARV) combinada - capaz de reduzir significativamente a carga viral plasmática da mãe para níveis não detectáveis

ENFRENTAMENTO NO BRASIL



- iniciou a oferta de AZT de acordo com o PACTG 076 a partir de 1997.
- publicação do estudo-sentinela (2002) mostrava baixa cobertura nas ações propostas, especialmente na oferta de testagem sorológica⁶
- RESPOSTA: MS edita "Projeto Nascer"⁷ (2003)
- Objetivos: ampliar a testagem rápida no momento do parto para **HIV e sífilis** e fornecer insumos para o manejo de gestantes soropositivas para HIV e crianças expostas.
- 2011 -portaria N° 1.459- a Rede Cegonha -amplia o financiamento para testagem e prevenção da transmissão vertical do HIV e outras DSTs.

ENFRENTAMENTO NO BRASIL

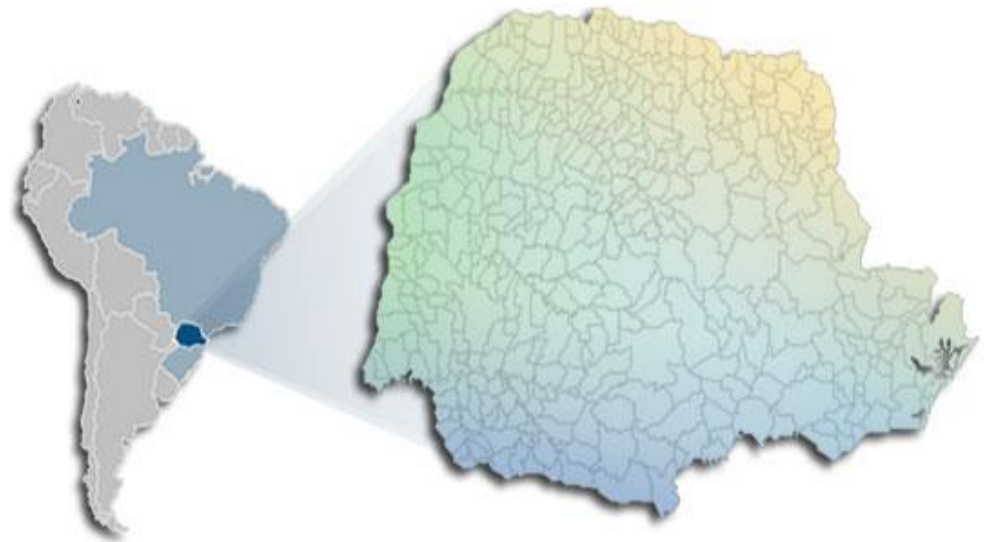
- ensaio clínico PACTG 1043 -
a associação com a NVP na
primeira semana de vida
- Nota técnica nº 388/2012
CQVD/D-DST-AIDS-
HV/SVS/MS



PARANÁ:

2014

- 28.454 pessoas com infecção pelo HIV.
- 4.827 gestantes
- 824 menores de cinco anos (05 casos em 2014)³



HIV E GESTAÇÃO – OUTROS CONHECIMENTOS

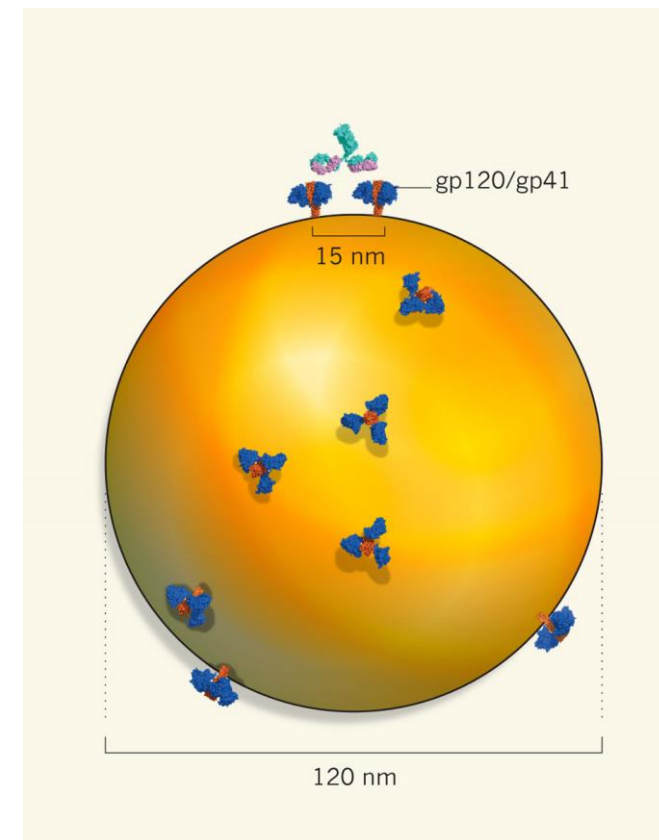
- genes estruturais, reguladores e acessórios foram **altamente conservados** quando ocorre a transmissão vertical.
- as sequências de HIV-1 de mães não-transmissoras são **menos heterogêneas** em comparação com as mães transmissoras
- sugere que um maior nível de heterogeneidade viral influencia a transmissão vertical.
- A análise dos **epitopos** (região do antígeno reconhecida pelo anticorpo) imunologicamente relevantes mostrou que as variantes evoluem para escapar à resposta imunológica que influenciam a transmissão mãe-filho

Mecanismos moleculares de transmissão mãe-filho pelo HIV-1 e infecção em células alvo neonatais

Nafees Ahmad

Life Sci. 2011 May 23; 88(21-22): 980–986.

Published online 2010 Oct 1. doi: 10.1016/j.lfs.2010.09.023



HIV E GESTAÇÃO – OUTROS CONHECIMENTOS

revisão sistemática incluiu grupos de estudos sobre o uso de crack e outras drogas ilícitas em coortes masculinas e mistas, estudos que não encontraram associação entre uso de cocaína e progressão da doença, -estudos com uso de cocaína e progressão da doença por HIV-1 em coortes de mulheres, estudos com uso de cocaína e transmissão vertical do HIV-1

Estabelece a cocaína como um "agente multifatorial" (Dhillon, 2008)

1. cocaína leva a uma replicação reforçada do vírus e imunomodulação
2. cocaína aumenta a neurotoxicidade levando a apoptose ou morte celular neuronal
3. rompe a barreira sanguínea do cérebro com incremento de células inflamatórias no SNC -anormalidades clínicas e patológicas (de comprometimento cognitivo leve à demência)
4. modulam a expressão de citocinas e de quimiocinas que regulam a respostas imunes

Associação entre o uso de crack e progressão da doença por HIV-1: achados de pesquisa e implicações na transmissão vertical

Judith A. Cook

Life Sci. 2011 May 23; 88(21-22): 931-939.

Published online 2011 Jan 8. doi: 10.1016/j.lfs.2011.01.003

HIV E GESTAÇÃO – OUTROS CONHECIMENTOS

- replicação viral pode ocorrer localmente dentro da placenta - apoiada por estudos filogenéticos que demonstram divergência genética entre quasi especies de HIV da placenta e da circulação periférica
- resultados discordantes indiquem que o HIV-1 **não infecta células trofoblásticas, mas sim os leucócitos presentes no parênquima das vilosidades** de culturas ex vivo
- histoculturas decíduais do primeiro trimestre que macrófagos tipo CD14 + infectados com algumas cepas de HIV (Menu et cols)
- a hipótese de que **a infecção pelo HIV de macrófagos decíduais (e possivelmente linfócitos) antes ou no início da gravidez pode servir para criar um ambiente intra-uterino inflamatório**

Papel da placenta em desfechos perinatais adversos entre mulheres HIV positivas
William Ackerman, IV and Jesse J. Kwiek
J Nippon Med Sch. 2013; 80(2): 90–94.

HIV E GESTAÇÃO – OUTROS CONHECIMENTOS

REVISÃO

- estudos de base populacional - sugerem um papel para o vírus associado a células na transmissão
- estudos de modelos animais fornecem **PROVAS** de que o **vírus livre**, fora de células pode estabelecer infecção em recém-nascidos
- TARV em mulheres grávidas infectadas pelo HIV mostram uma forte correlação com a redução dos níveis de vírus livres de células infectadas

The role of cell-associated virus in mother-to-child HIV transmission.

Autores: C. Milligan e J. Overbaugh (universidade de washington)

THE Journal of infectious diseases. Dezembro 2014

HIV E GESTAÇÃO – OUTROS CONHECIMENTOS

- TARV por si só, não consegue eliminar a infecção em crianças por causa de questões de adesão materna, toxicidade, cepas de vírus TARV-resistente, e infecção materna aguda.
- A imunização materna e / ou infantil eficaz provavelmente será um caminho necessário para atingir a meta de uma geração livre de HIV.

O artigo descreve estudos recentes de respostas de anticorpos que protegem contra a transmissão vertical do HIV-1

- novas evidências - **crianças podem fazer respostas de anticorpos robustas e duradouras para o envelope do HIV-1 após a vacinação e podem desenvolver ampla neutralização durante a infecção**

Anticorpos para prevenção vertical do HIV

Fouda, Genevieve G.a,b; Moody, M. Anthonya,b; Permar, Sallie R.a,b

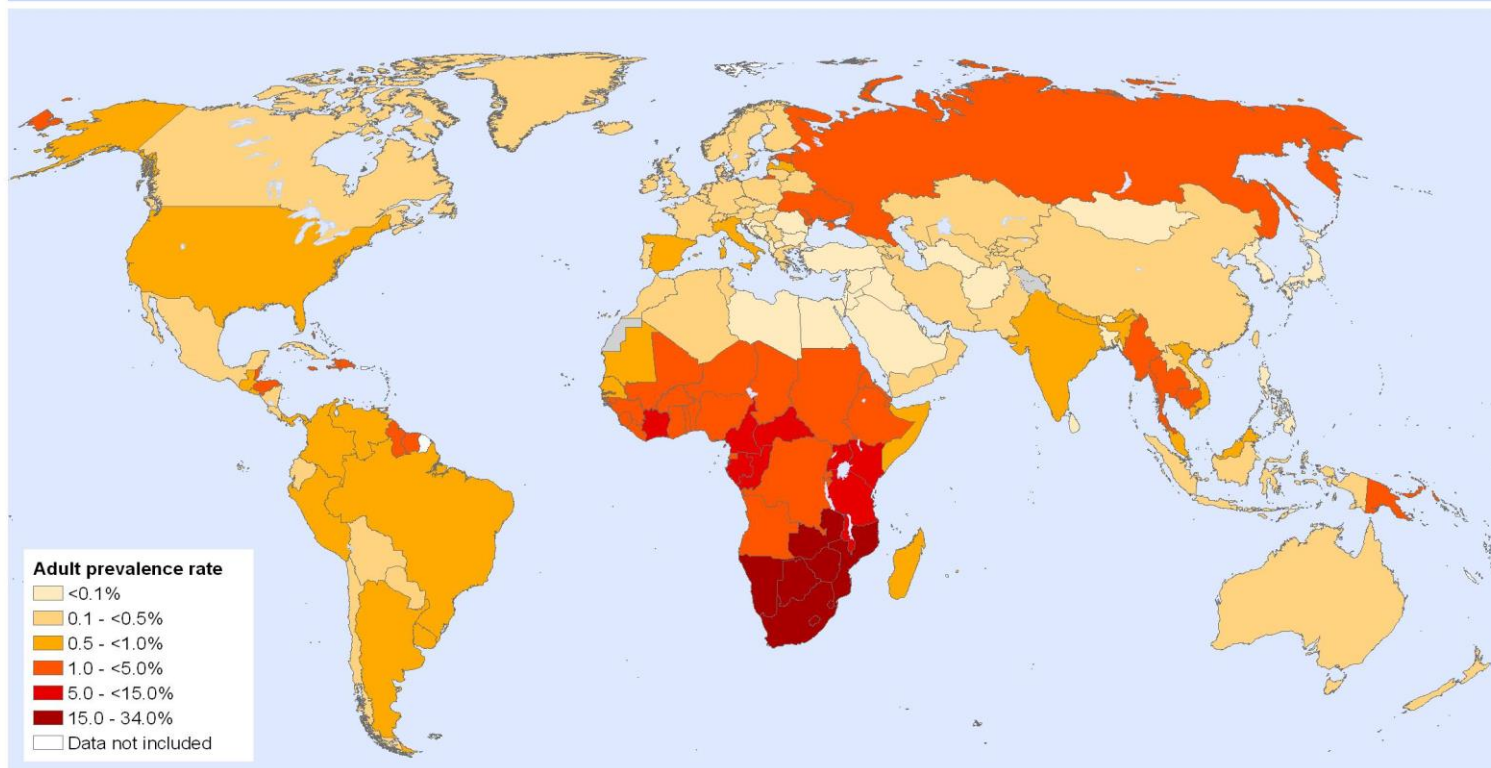
Current Opinion in HIV & AIDS:

May 2015 - Volume 10 - Issue 3 - p 177–182

doi: 10.1097/COH.0000000000000150

Epidemia de HIV no mundo

A global view of **HIV** infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

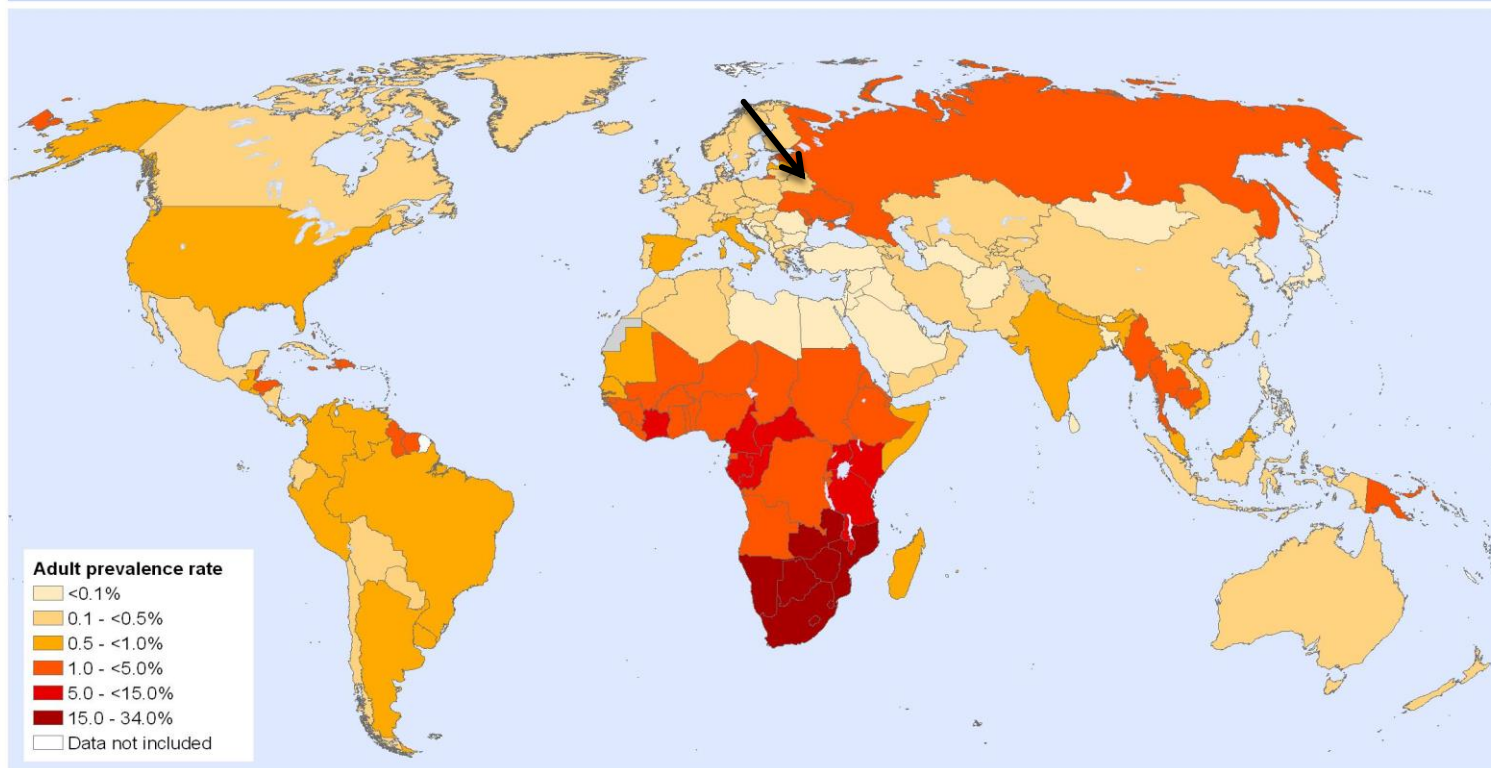
Data Source: WHO / UNAIDS
Map Production: Public Health Mapping and GIS
Communicable Diseases (CDS)
World Health Organization



© WHO 2007. All rights reserved

Epidemia de HIV no mundo

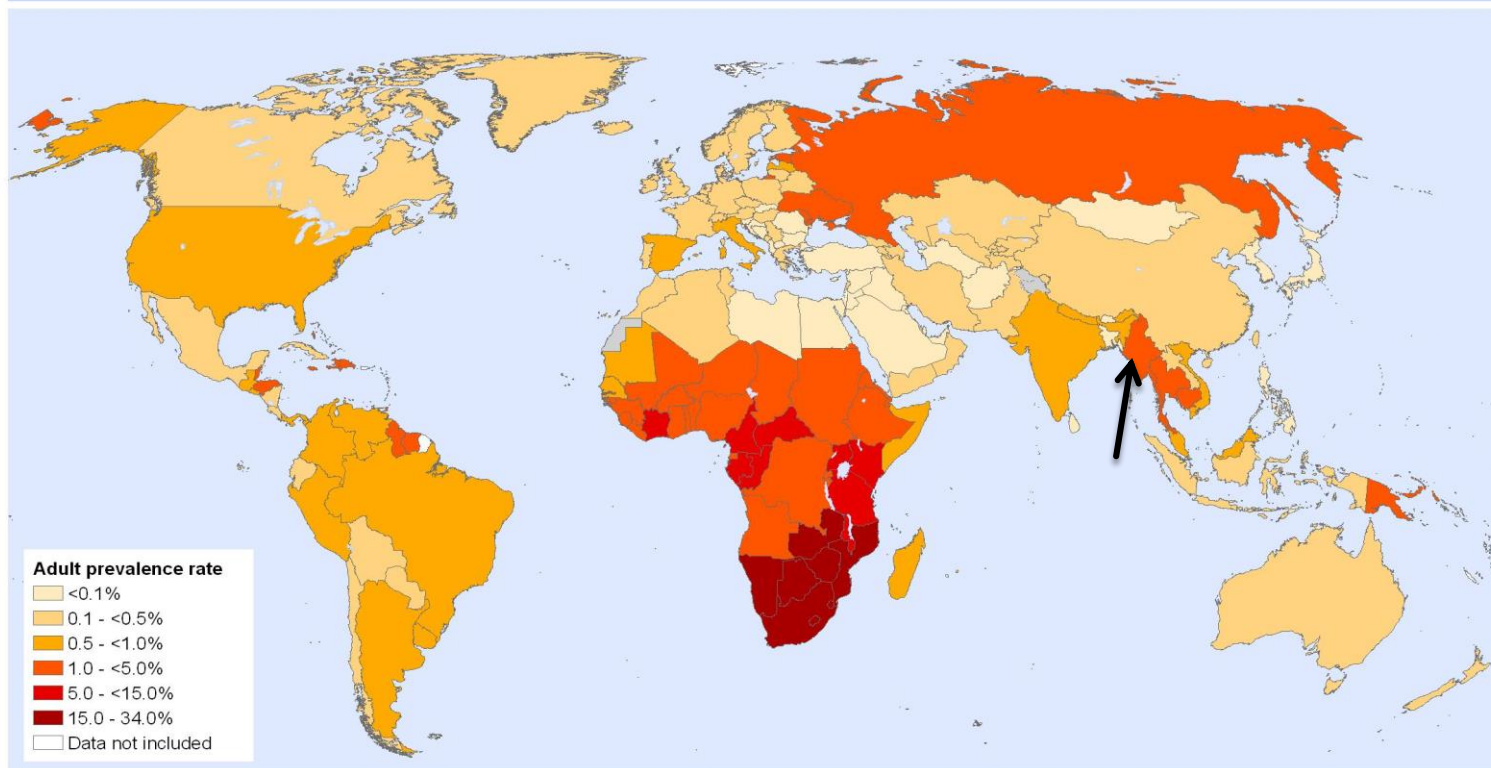
A global view of **HIV** infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006



Europa
oriental

Epidemia de HIV no mundo

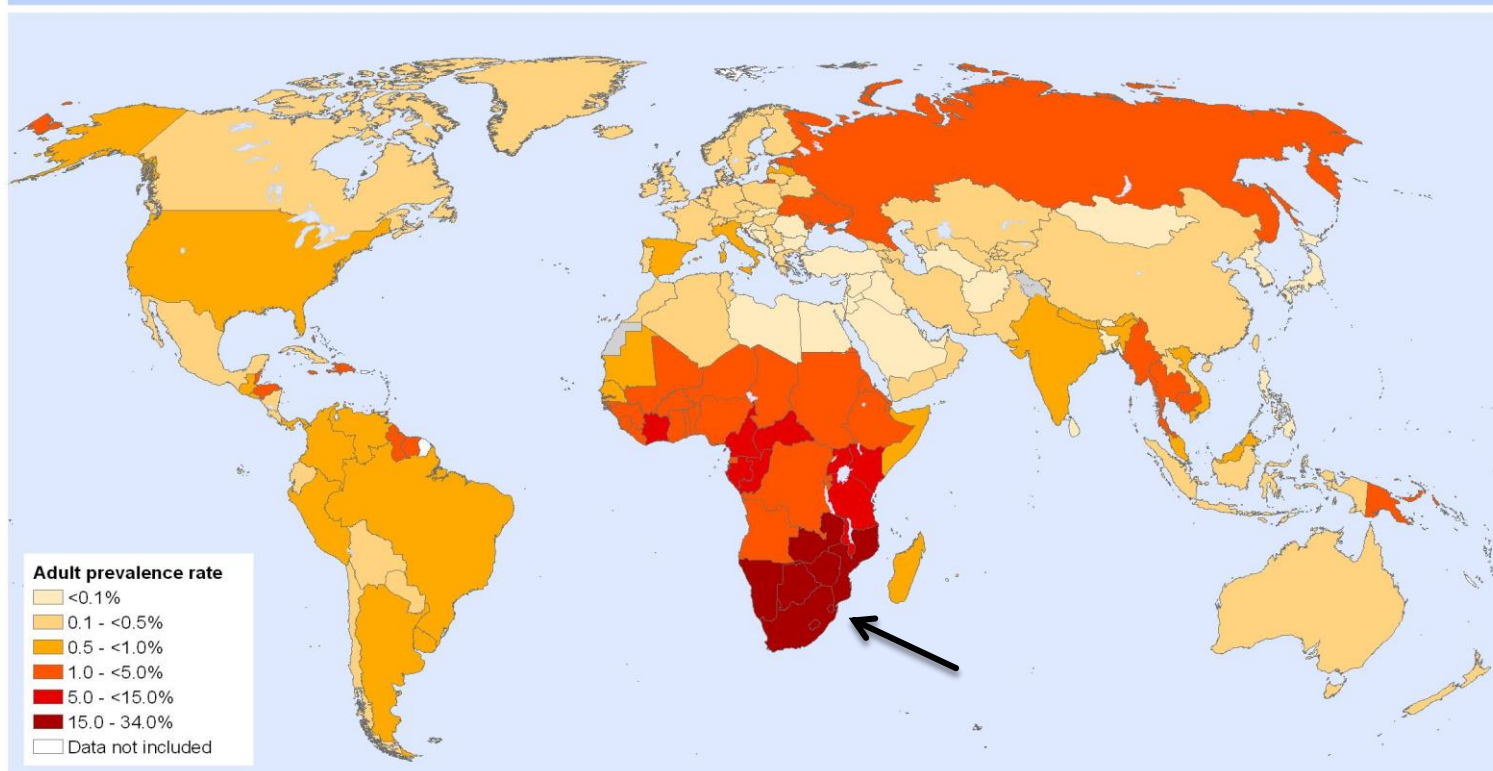
A global view of HIV infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006



Ásia central

Epidemia de HIV no mundo

A global view of **HIV** infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006

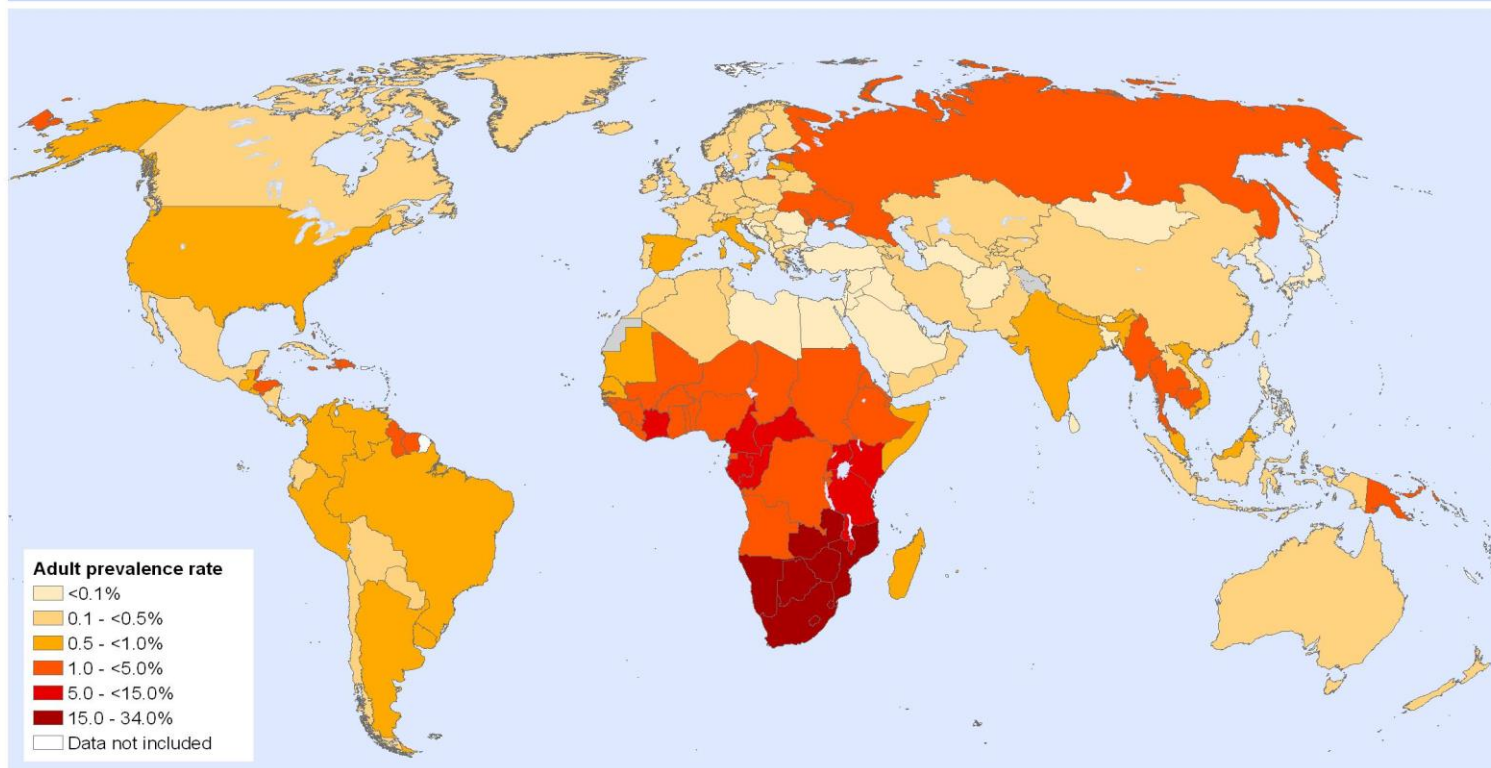


Sul da África sub-saariana

MULHERES E MENINAS grande carga viral

Epidemia de HIV no mundo

A global view of **HIV** infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006



HSH

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

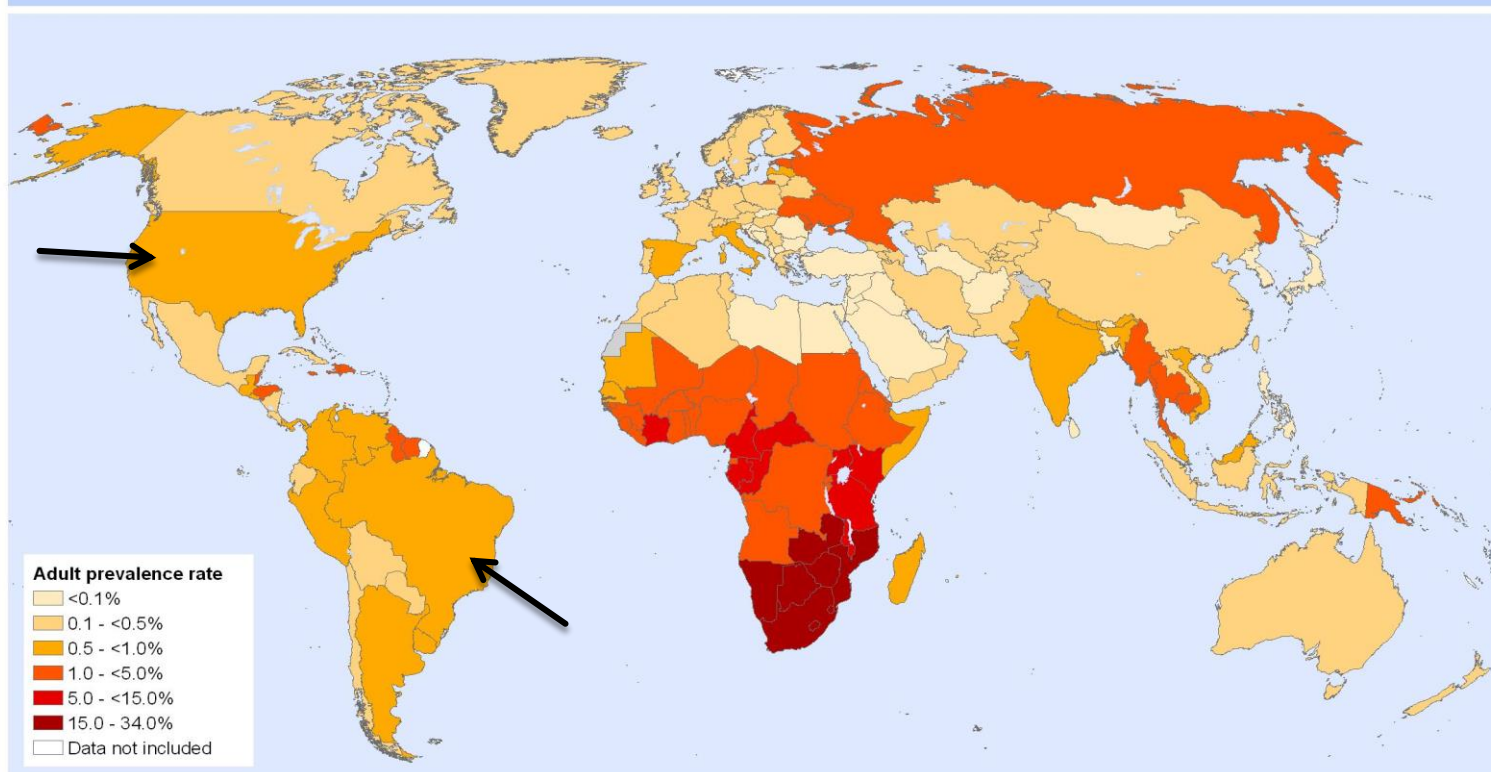
Data Source: WHO / UNAIDS
Map Production: Public Health Mapping and GIS
Communicable Diseases (CDS)
World Health Organization



© WHO 2007. All rights reserved

Epidemia de HIV no mundo

A global view of HIV infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006



HSH
AMÉRICAS

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

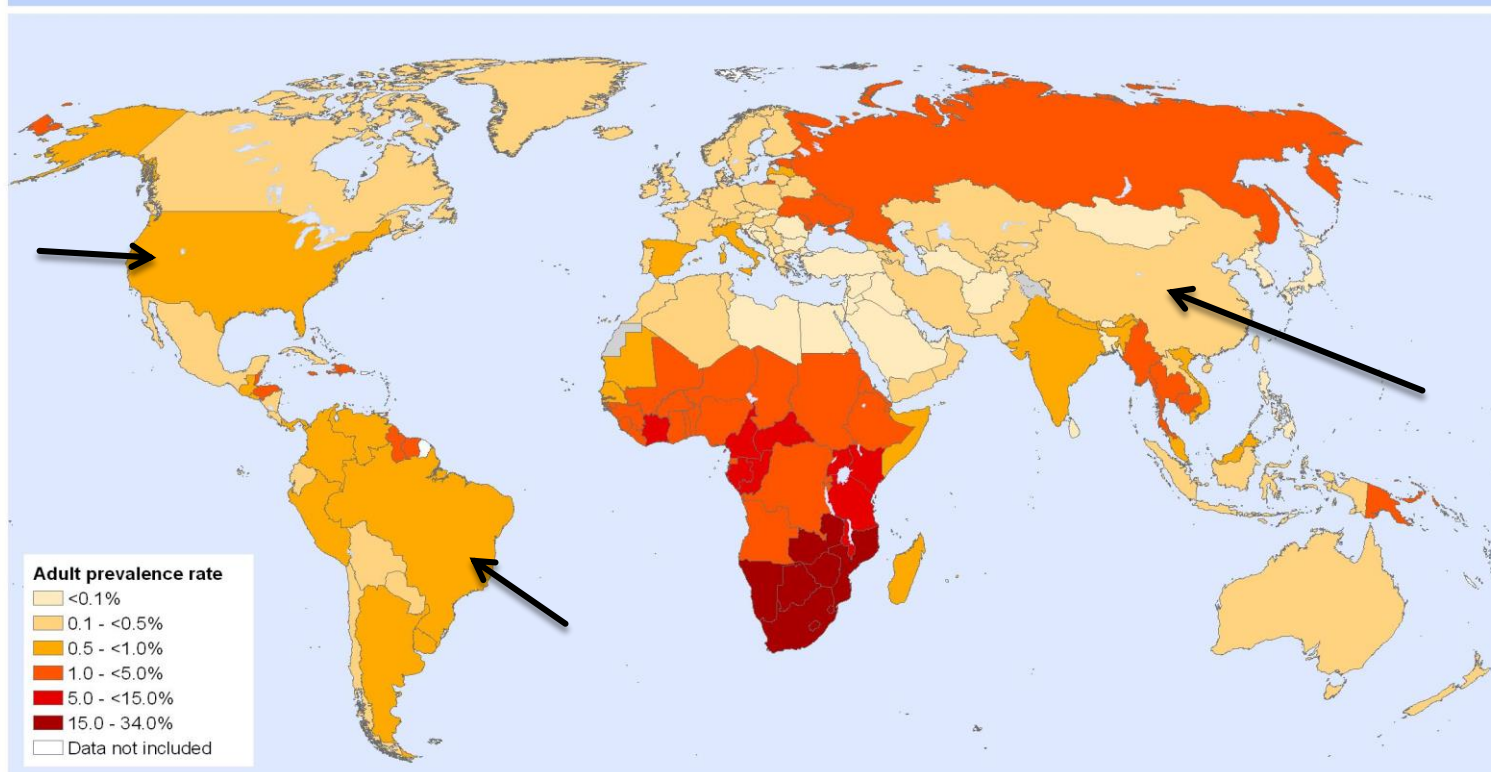
Data Source: WHO / UNAIDS
Map Production: Public Health Mapping and GIS
Communicable Diseases (CDS)
World Health Organization



© WHO 2007. All rights reserved

Epidemia de HIV no mundo

A global view of HIV infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006



HSH
AMÉRICAS
ÁSIA

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

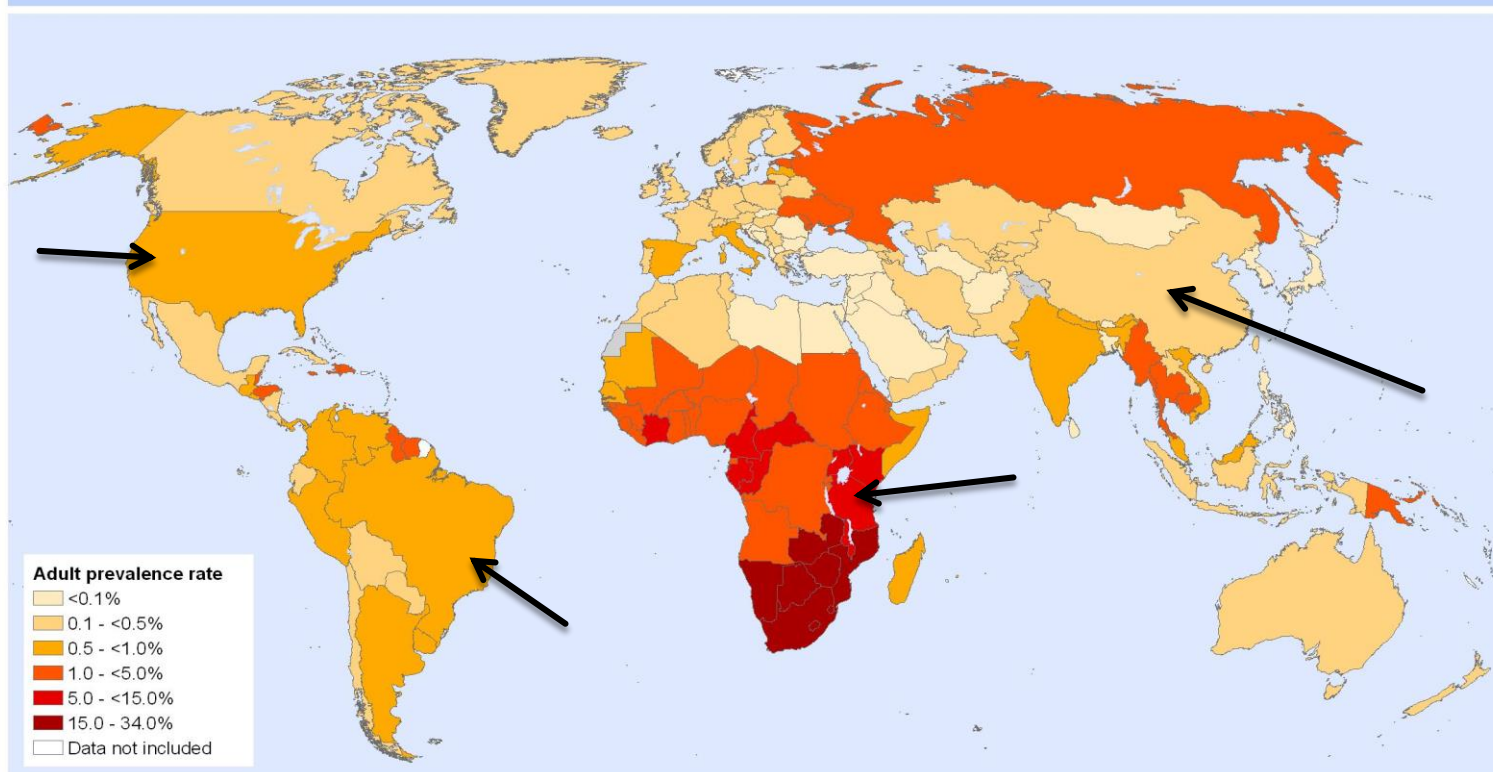
Data Source: WHO / UNAIDS
Map Production: Public Health Mapping and GIS
Communicable Diseases (CDS)
World Health Organization



© WHO 2007. All rights reserved

Epidemia de HIV no mundo

A global view of HIV infection
39.5 million people [34.1-47.1] living with HIV in 2006



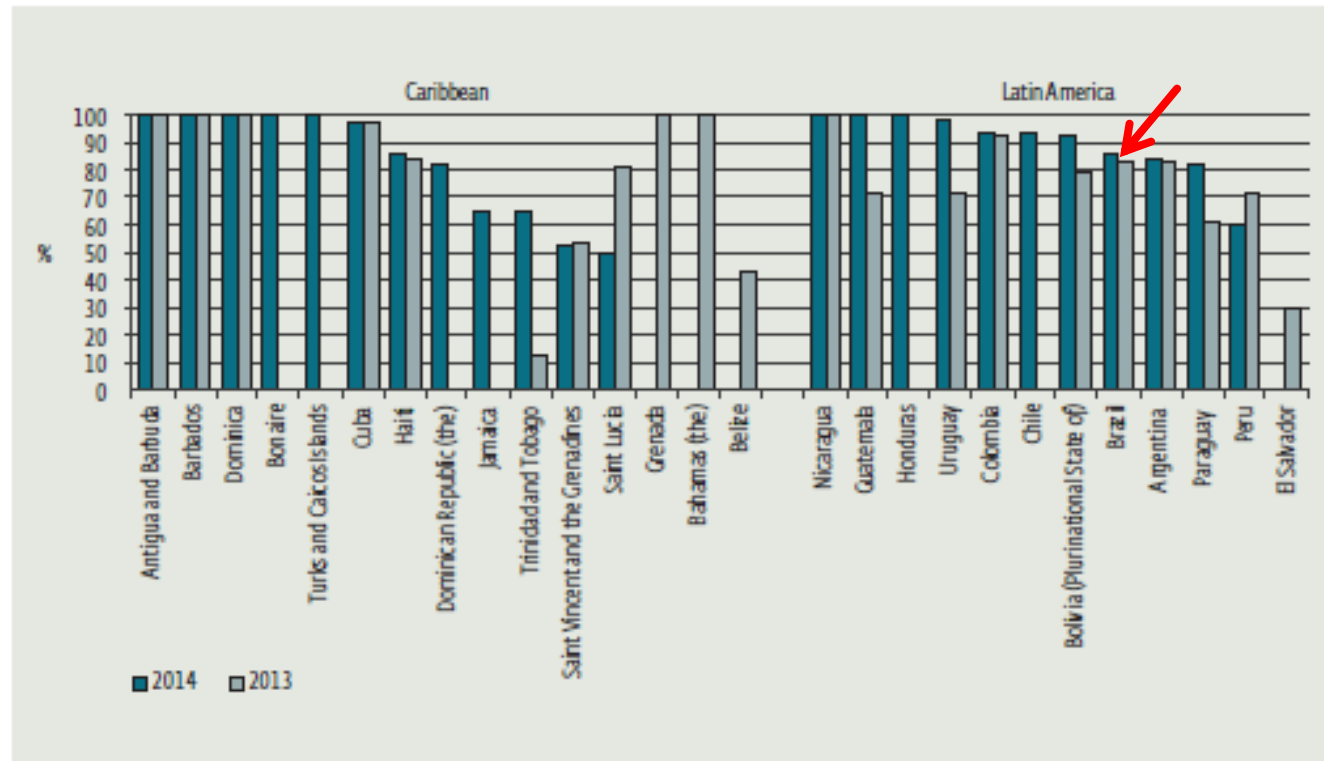
HSH
AMÉRICAS
ÁSIA
ÁFRICA

Sífilis congênita

1. não tem relação direta com infecção placentária (Charles, 1995).
2. pode ocorrer em qualquer fase da doença materna
3. Contudo, a PRINCIPAL via é transplacentária
4. em menor proporção, deglutição do LA, secreções maternas contaminadas e pelo contato com lesão primária no momento do nascimento (Goulart & Santos, 2003).
5. A transmissão transplacentária pode ocorrer em qualquer fase da gestação, mas é mais intensa no último trimestre (Goulart & Santos, 2003).
6. **A taxa de transmissão da sífilis para o feto é inversamente proporcional ao tempo de doença materna**
7. quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estão circulantes e, portanto, mais grave será o comprometimento fetal.
8. É variável conforme o tempo de doença e tratamento maternos
9. mulheres não tratadas -70 a 100% em caso de doença primária, secundária ou de latência precoce, e 10 a 30% na fase latente tardia e terciária (Goulart & Santos, 2003).

Sífilis congênita:

Figure 7. Percentage of syphilis-positive pregnant women with documented adequate treatment for syphilis in Latin America and the Caribbean, 2013-2014.



Source: UNAIDS/WHO, Country Global AIDS response Progress Reporting, (2014-2015).

Note: Arranged by 2014 treatment coverage figure for each subregion. Uruguay indicates that the 2013 figure comes from sip and presents a 25% subregister.

Sífilis na gestação:

- Notificação compulsória desde 2005 (GESTANTE E RN)
- de 1.863, em 2005, para 21.382, em 2013, **alta de 1.000%**.
- recém-nascidos - De 1998 a junho de 2014 - notificados 104.853 casos de sífilis congênita
- região Sudeste (45,8) Nordeste (31,4%), Sul (8,5%), Norte (8,4%) e Centro-Oeste (5,9%).
- em 2004 era de 1,7 casos para cada 1000 nascidos vivos, em 2013 o número subiu para **4,7** por 1000 nascidos vivos
- **Janeiro 2016 - 60% dos estados não tinham penicilina.**

Etapas de processo para eliminação da sífilis congênita

ACESSO AO PRÉ-NATAL

Busca ativa

Captação precoce

AGENDA ABERTA

SOROLOGIAS

- Sorologia não treponêmica: **VDRL**
- Sorologia treponêmica: FTA-abs e **ELISA**.

TRATAMENTO ADEQUADO

TRATAMENTO DA SÍFILIS

Sífilis recente: sífilis primária
Penicilina benzatina 2.400.000UI, IM, dose única

Sífilis recente: sífilis secundária ou latente recente (com menos de um ano)
Penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000UI

Sífilis tardia: sífilis terciária, sífilis latente tardia (com mais de um ano) e sífilis latente de tempo desconhecido
Penicilina benzatina 7.200.000UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000UI



TRATAMENTO DO PARCEIRO!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!



Programas e desafios da OMS/OPAS: eliminação da sífilis e HIV congênitos



PLANO GLOBAL PARA ELIMINAR NOVAS INFECÇÕES POR HIV/HI
EM CRIANÇAS ATÉ 2015 E MANTER SUAS MÃES VIVAS
2011-2015



A meta global redução de 90% das novas infecções em crianças e diminuição da TMF para <5%

MATRIZ DO PROGRAMA

AÇÕES
COMUNITÁRIAS
NACIONAIS
REGIONAIS
GLOBAIS

Eixo 1:

Prevenção do HIV/VIH entre mulheres em idade fértil dentro de serviços relacionados à saúde reprodutiva, como a atenção pré-natal, pós-parto e pós-natal, bem como outros locais de prestação de serviços de saúde na área do HIV/VIH, incluindo a atuação dentro de estruturas comunitárias.

Eixo 2:

Fornecimento de aconselhamento e apoio apropriados, bem como preservativos, a mulheres vivendo com HIV/VIH a fim de atender às suas necessidades insatisfeitas relativas ao planejamento familiar e ao espaçamento entre partos, bem como otimizar os desfechos de saúde para essas mulheres e seus filhos.

Eixo 3:

Garantir, para gestantes vivendo com HIV/VIH, a testagem e o aconselhamento em HIV/VIH e o acesso aos medicamentos antirretrovirais necessários para prevenir a transmissão da infecção por HIV/VIH para seus filhos durante a gravidez, o parto e a amamentação.

Eixo 4:

Atenção, tratamento e apoio ao HIV/VIH para mulheres e crianças vivendo com HIV/VIH e suas famílias.

INSTRUMENTOS

Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV



 World Health Organization

- ▶ **04 vertentes**
- ▶ Planejamento familiar
- ▶ Garantir diagnóstico e tratamento dos binômios
- ▶ Fortalecimento dos sistemas de saúde
- ▶ Novas intervenções

Eliminar a transmissão vertical do HIV-1 e manter as mães vivas: progressos recentes

Autores: T. Govender e H. Coovadia

The Journal of Infeccion, jan. 2014

CUBA: caso de sucesso



A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaid) anunciaram em 30/06/2015 na sede da Opas em Washington D.C., que Cuba se tornou o primeiro país do mundo a validar a eliminação da transmissão de mãe para filho do vírus HIV e da sífilis.

A transmissão vertical do HIV é considerada eliminada como problema de saúde pública quando um máximo de 2 em cada 100 crianças nascidas de mães com HIV contraem o vírus. No caso de sífilis, isso ocorre quando não mais do que 5 em cada 10.000 nascem com essa doença.

Mais 17 candidatos...

Elimination of
mother-to-child
transmission of
HIV and syphilis
in the Americas

UPDATE

2015

- ▶ Dados de 17 países e territórios das Américas apontam para eliminação da transmissão de mãe para filho de HIV e sífilis
- ▶ Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Bermudas, Canadá, Chile, Cuba, Dominica, Montserrat, Porto Rico, Saba e São Cristóvão e Névis.
- ▶ 34% dos nascimentos da região
- ▶ metas "90-90-90" para 2020,
- ▶ 90% das pessoas vivendo com HIV conheçam sua condição,
- ▶ 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam terapia antiviral
- ▶ 90% das pessoas que recebem antirretrovirais tenham sua carga viral suprimida.

O que foi feito em cuba

- ▶ Diagnóstico pré-concepção
- ▶ Cobertura universal do pré-natal
- ▶ Captação precoce
- ▶ Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- ▶ Tratamento adequado para sífilis no casal
- ▶ Estímulo à participação do pai no pré-natal
- ▶ Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- ▶ Cesariana eletiva
- ▶ Ações educativas nas unidades
- ▶ Promoção institucional
- ▶ Uso de ARV no RN
- ▶ Inibição ao aleitamento
- ▶ Grupos de apoio
- ▶ Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- ➔
 - ▶ Diagnóstico pré-concepção
 - ▶ Cobertura universal do pré-natal
 - ▶ Captação precoce
 - ▶ Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
 - ▶ Tratamento adequado para sífilis no casal
 - ▶ Estímulo à participação do pai no pré-natal
 - ▶ Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- ▶ Cesariana eletiva
- ▶ Ações educativas nas unidades
- ▶ Promoção institucional
- ▶ Uso de ARV no RN
- ▶ Inibição ao aleitamento
- ▶ Grupos de apoio
- ▶ Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- ➡▶ Diagnóstico pré-concepção
- ➡▶ Cobertura universal do pré-natal
- ▶ Captação precoce
- ▶ Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- ▶ Tratamento adequado para sífilis no casal
- ▶ Estímulo à participação do pai no pré-natal
- ▶ Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- ▶ Cesariana eletiva
- ▶ Ações educativas nas unidades
- ▶ Promoção institucional
- ▶ Uso de ARV no RN
- ▶ Inibição ao aleitamento
- ▶ Grupos de apoio
- ▶ Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- ⇒ ► Diagnóstico pré-concepção
- ⇒ ► Cobertura universal do pré-natal
- ⇒ ► Captação precoce
- Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- Tratamento adequado para sífilis no casal
- Estímulo à participação do pai no pré-natal
- Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- Cesariana eletiva
- Ações educativas nas unidades
- Promoção institucional
- Uso de ARV no RN
- Inibição ao aleitamento
- Grupos de apoio
- Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- ⇒ ► Diagnóstico pré-concepção
- ⇒ ► Cobertura universal do pré-natal
- ⇒ ► Captação precoce
- ⇒ ► Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- Tratamento adequado para sífilis no casal
- Estímulo à participação do pai no pré-natal
- Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- Cesariana eletiva
- Ações educativas nas unidades
- Promoção institucional
- Uso de ARV no RN
- Inibição ao aleitamento
- Grupos de apoio
- Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- ➡▶ Diagnóstico pré-concepção
- ➡▶ Cobertura universal do pré-natal
- ➡▶ Captação precoce
- ➡▶ Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- ➡▶ Tratamento adequado para sífilis no casal
- ➡▶ Estímulo à participação do pai no pré-natal
- ▶ Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- ▶ Cesariana eletiva
- ▶ Ações educativas nas unidades
- ▶ Promoção institucional
- ▶ Uso de ARV no RN
- ▶ Inibição ao aleitamento
- ▶ Grupos de apoio
- ▶ Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- ➡▶ Diagnóstico pré-concepção
- ➡▶ Cobertura universal do pré-natal
- ➡▶ Captação precoce
- ➡▶ Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- ➡▶ Tratamento adequado para sífilis no casal
- ➡▶ Estímulo à participação do pai no pré-natal
- ➡▶ Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- ▶ Teste rápido no parto
- ▶ Cesariana eletiva
- ▶ Ações educativas nas unidades
- ▶ Promoção institucional
- ▶ Uso de ARV no RN
- ▶ Inibição ao aleitamento
- ▶ Grupos de apoio
- ▶ Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- Diagnóstico pré-concepção
- Cobertura universal do pré-natal
- Captação precoce
- Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- Tratamento adequado para sífilis no casal
- Estímulo à participação do pai no pré-natal
- Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- Teste rápido no parto
- Cesariana eletiva
- Ações educativas nas unidades
- Promoção institucional
- Uso de ARV no RN
- Inibição ao aleitamento
- Grupos de apoio
- Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- Diagnóstico pré-concepção
- Cobertura universal do pré-natal
- Captação precoce
- Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
- Tratamento adequado para sífilis no casal
- Estímulo à participação do pai no pré-natal
- Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- Teste rápido no parto
- Cesariana eletiva
- Ações educativas nas unidades
- Promoção institucional
- Uso de ARV no RN
- Inibição ao aleitamento
- Grupos de apoio
- Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Desafios para o Brasil

- Diagnóstico pré-concepção
 - Cobertura universal do pré-natal
 - Captação precoce
 - Testagem universal de gestante em 03 etapas do pré-natal e no parto
 - Tratamento adequado para sífilis no casal
 - Estímulo à participação do pai no pré-natal
 - Fornecimento de insumos, preservativos e medicação
- Teste rápido no parto
 - Cesariana eletiva
 - Ações educativas nas unidades
 - Promoção institucional
 - Uso de ARV no RN
 - Inibição ao aleitamento
 - Grupos de apoio
 - Monitoramento durante pré-natal e puerpério

Maiores entraves: papel da APS

Diagnóstico e
captação precoce



Testagem 3x



Acompanhamento
puerpério



Outros fatores

O papel da drogadição

Menor adesão ao pré-natal

Menor adesão ao tratamento

Desnutrição

Políticas não cumpridas: acesso ao pré-natal

AGENDA ABERTA

AGENDA ABERTA

AGENDA ABERTA

AGENDA ABERTA

AGENDA ABERTA

AGENDA ABERTA

AGENDA ABERTA

Diagnóstico de vulnerabilidade

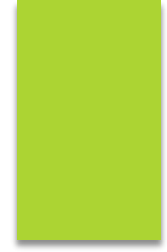
SEM INSTRUÇÃO

SEM EMPREGO

NEGRA

POBRE

CIDADES DO INTERIOR



1. DECISÃO POLÍTICA NOS 03 ENTES
FEDERATIVOS
2. FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE
SAÚDE
3. EMPODERAMENTO DAS MULHERES



QUAL O MEU PAPEL
NESTE MUNDO?

BIBLIOGRAFIA:

1. DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria; EL BEITUNE, Patricia. Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 11, p. 698-705, Nov. 2005
2. Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy. 2. ed. Washington, D.C.: PAHO, 2012. ISBN 978-92-75-11727-9
3. Boletim Epidemiológico - Aids e DST; Ano III - nº 1 - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013; Ano III - nº 1 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014
4. 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. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.172 p. : il. – (Série Manuais, n. 46)
6. SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de et al . Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 38, n. 6, p. 764-772, Dec. 2004 .
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids.– Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 80 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)ISBN 85-334-0674-6