



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE/RN
NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO ACADÊMICA – NUPEA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

CLÁUDIA JUSTINO DE OLIVEIRA

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CONVIVENDO COM HIV/AIDS EM
MOSSORÓ/RN

MOSSORÓ
2019

CLÁUDIA JUSTINO DE OLIVEIRA

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CONVIVENDO COM HIV/AIDS EM
MOSSORÓRN

Monografia apresentada ao
NUPEA/FACENE para apreciação
relativa ao trabalho de conclusão de
curso para obtenção do título Bacharel
em Farmácia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Almino Afonso de Oliveira Paiva

MOSSORÓ
2019

O48p Oliveira, Cláudia Justino de.
Perfil Epidemiológico de gestantes convivendo com
HIV/AIDS em Mossoró - RN / Cláudia Justino de Oliveira. –
Mossoró, 2019.
47f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Almino Afonso de Oliveira Paiva.

Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade
Nova Esperança de Mossoró.

1. Infecção sexualmente transmissível. 2. Estudo
epidemiologia. 3. Transmissão vertical. I. Paiva, Almino
Afonso de Oliveira. II. Título.

CDU: 618.2+616.97(813.2)

CLÁUDIA JUSTINO DE OLIVEIRA

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CONVIVENDO COM HIV/AIDS EM
MOSSORÓRN

Monografia apresentada pela aluna CLÁUDIA JUSTINO DE OLIVEIRA do curso de FARMÁCIA, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. ALMINO AFONSO DE OLIVEIRA PAIVA – Orientador
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – (FACENE)

Prof. Dr. WESLEY ADSON COSTA COELHO – Membro
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – (FACENE)

Prof. Me. CRISLANIA CARLA DE OLIVEIRA MORAIS – Membro
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – (FACENE)

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é o estágio mais avançado da infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), o qual ataca o sistema imunológico responsável por defender organismo de doenças. A infecção por HIV nas mulheres ocorre principalmente durante os anos reprodutivos, sendo diagnosticadas muitas vezes durante a gravidez. Em regiões interioranas o acesso à informação a respeito da infecção ao HIV ainda é escasso, o que pode interferir no efetivo processo de prevenção. Dessa forma, o presente trabalho verificou o perfil epidemiológico do número de casos notificados de gestantes com HIV realizada no Hospital Rafael Fernandes na cidade de Mossoró entre os anos de 2007 e 2017 mediante pesquisa das notificações de casos de gestantes vivendo com HIV/AIDS gerados a partir do registro universal e compulsório no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) onde são observados o perfil epidemiológico das gestantes; faixa etária; escolaridade; ocupação; momento do diagnóstico; tipo de parto; evolução da gravidez; aspectos do tratamento como adesão, profilaxia no pré-natal e no parto e profilaxia no recém-nascido. Os resultados obtidos são condizentes com os encontrados em estudos da mesma natureza em território brasileiro: a maioria das gestantes que convivem com o vírus apresentam um perfil sócio demográfico de baixa renda e escolaridade, faixa etária entre 20 e 34 anos, optam pelo parto cesariano, fazem uso do tratamento antirretroviral (TARV) durante o pré-natal e metade delas buscam o diagnóstico durante esse período. O diferencial do presente estudo foi trazer pontos determinantes e esclarecedores sobre esta população que pode nortear um melhor manejo dos pacientes, profilaxia, tratamento e atualização dos profissionais envolvidos com a comunidade local.

Palavras-chave: Infecção sexualmente transmissível. Estudo epidemiológico. Transmissão vertical.

ABSTRACT

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is the most advanced stage of the infection caused by the human immunodeficiency virus (HIV), which attacks the immune system responsible for defending the body from diseases. The HIV infection in women occurs mainly during the reproductive years and is often diagnosed during pregnancy. In inland regions, the access to information about HIV infection is still scarce, which may interfere with the effective prevention process. Thus, the present study aims to characterize the epidemiological profile of pregnant women with HIV carried out at Rafael Fernandes Hospital in the city of Mossoró between 2007 and 2017. The investigation used the case reports of pregnant women living with HIV from the Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), where the epidemiological profile of pregnant women can be observed such as age range, scholasticity, occupation, the moment of the diagnosis, the type of childbirth, the evolution of pregnancy and the treatment aspects such as adherence and the moment to initiate the prophylaxis. The results showed consistency with those found in studies of the same nature in Brazilian territory: most pregnant women living with HIV have a low-income socio-demographic profile, aged between 20 and 34 years, choose caesarean section, they use antiretroviral treatment (ART) during prenatal care and half of them seek diagnosis during this period. The importance of this study was to bring determinant and enlightening points about this population that may guide better patient management, prophylaxis, treatment and updating of professionals involved with the local community.

Keywords: Sexually transmitted infection. Epidemiological study. Vertical transmission.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me mantido firme durante toda essa trajetória e sempre ajudado a superar as dificuldades. Sou grata à minha família pelo apoio contínuo, ensinando-me a ter caráter, dignidade e honestidade.

Deixo um agradecimento especial ao meu mestre André Medeiros pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu projeto de pesquisa.

Meu eterno agradecimento a todos os meus amigos e colegas de trabalho em especial a Wagney Ubirajara, que deram uma contribuição valiosa para a minha jornada acadêmica.

Sou grata aos colegas de Faculdade, que lutaram junto comigo todos os dias, pelo ensinamento, paciência e amizade.

E, por fim, agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesta caminhada tão importante da vida pessoal e futura profissão tão almejada.

LISTA FIGURA

Figura 1 – Notificações de gestantes convivendo com o HIV por ano. Número de gestantes convivendo com HIV notificadas por faixas etárias entre os anos de 2007 a 2017.....	26
Figura 2 – Frequência segundo evidência laboratorial da infecção pelo HIV. Valores expressos em porcentagem do momento do diagnóstico em gestantes convivendo com HIV notificadas entre os anos de 2007 a 2017.	31
Figura 3 – Frequência do tipo de parto realizado nas gestantes portadoras de HIV. Valores expressos em porcentagem do tipo de parto realizados em gestantes convivendo com HIV notificadas entre os anos de 2007 a 2017.	33
Figura 4 – Evolução da gravidez nas gestantes portadoras de HIV. Valores expressos em porcentagem (A) ou em número de casos notificados por ano (B) da condição ou viabilidade dos fetos realizados em gestantes convivendo com HIV notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2007 a 2017.	34
Figura 5 – Tratamento nas gestantes portadoras de HIV. Valores expressos em porcentagem (A, B e C) ou em número de notificações (D) do uso de profilaxia antirretroviral durante o pré-natal (A), parto (B) e na criança após o seu nascimento (C), e o momento de adesão ao tratamento (D) pelas gestantes convivendo com HIV notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2007 a 2017.	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de gestantes convivendo com HIV por raça, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).	28
Tabela 2 – Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por grau de escolaridade segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).	29
Tabela 3 – Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por ocupação/profissão segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).	30

LISTA DE ABREVIACOES

HIV	Vírus da imunodeficiência humana
AIDS	Infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
AZT	Zidovudina
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
TARV	Terapia Antirretroviral
HAART	Introdução da terapia antirretroviral altamente ativ
TCD4	Linfócito T auxiliar
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de informática do Sistema nico de Saúde do Brasil
NVP	Nevirapine, antiretroviral
RN	Recém nascido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO	11
1.2	JUSTIFICATIVA	13
1.3	HIPÓTESES	13
1.4	OBJETIVOS	13
1.4.1	Objetivo Geral	13
1.4.2	Objetivos Específicos	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	HIV/AIDS E GESTAÇÃO: aspectos epidemiológicos	14
2.2	FISIOPATOLOGIA DA INFECÇÃO PELO HIV	15
2.3	INFECÇÃO EM GESTANTES: DA ABORDAGEM INICIAL AO MANEJO DURANTE A GRAVIDEZ	18
2.4	ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA EM GESTANTES	20
3	METODOLOGIA	23
3.1	TIPO DE PESQUISA	23
3.2	LOCAL DA PESQUISA	23
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
3.3.1	Critérios de seleção da amostra	24
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	24
3.4.1	Análise dos dados	24
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	24
3.5.1	Riscos e benefícios	25
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
4.1	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS EM GESTANTES ENTRE 2007 E 2017 26	
4.1.1	Por faixa etária	26
4.2	POR RAÇA, GRAU DE ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO	27
4.3	POR VARIÁVEIS RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO, AO PARTO E A EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ	30
4.4	POR VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRATAMENTO	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICES	44
	ANEXOS	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é o estágio mais avançado da patologia causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que enfraquece o sistema imunológico responsável por defender nosso organismo de doenças. O HIV incorpora seu material genético alterando o ciclo celular das células linfocitárias TCD4 para produção de novas cópias do vírus. A morte e consequente queda da quantidade de linfócitos TCD4 circulantes ocorrem quando se esgota sua capacidade de comportar as partículas virais em seu interior (PONTES, 2012).

A principal consequência que o vírus do HIV provoca no organismo é o enfraquecimento das defesas do sistema imune, possibilitando a ocorrência de infecções que normalmente não ocorreriam com um sistema imunológico normal – as chamadas doenças oportunistas. As infecções principais se dão nos pulmões ou no trato gastrointestinal, mas podem também ocorrer em outros sistemas orgânicos. O vírus pode ser transmitido pelo sangue, esperma e secreção vaginal, pelo leite materno, ou transfusão de sangue contaminado. A pessoa convivendo com HIV, mesmo sem apresentar os sintomas da AIDS, pode transmitir a doença sendo, por isso, importante o uso de preservativo em todas as relações sexuais, utilizar seringas descartáveis, usar luvas para manipular feridos ou líquidos corporais e seguir o tratamento adequado. Durante a gravidez, por exemplo, o tratamento precoce é fundamental para evitar a transmissão vertical para o bebê (BRASIL, 2018a; PONTES, 2012).

No começo da epidemia eram considerados grupos de risco, principalmente, os homens homossexuais, os usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos. Atualmente, a AIDS é uma síndrome que não escolhe sexo, raça, cor ou classe social. Agora, fala-se em comportamento de risco, pois o vírus passou a se espalhar, de forma geral, não apenas em grupos específicos. Um exemplo disso é que o número de heterossexuais contaminados pelo vírus do HIV tem aumentado proporcionalmente ao decorrer dos últimos anos, principalmente entre as mulheres (BRASIL, 2014).

Particularmente no caso de mulheres gestantes, a transmissão vertical ocorre quando o tratamento não é efetivado e o índice dessa transmissão pode ser de 20%.

No entanto, em situações em que a grávida segue todas as recomendações médicas, a possibilidade de infecção do bebê reduz para níveis menores que 1%. As recomendações médicas são: o uso de remédios antirretrovirais combinados na grávida e no recém-nascido, o não amamentar e o parto cesáreo (BONIFÁCIO, 2015; BRASIL, 2019).

Atualmente, a utilização de medicamentos antirretrovirais tem sido um grande avanço no tratamento e prevenção da AIDS, principalmente na gestante convivendo com o vírus ou já com diagnóstico da síndrome. Exemplo disso é a Zidovudina (AZT). O uso da zidovudina pela gestante e pelo bebê, durante as primeiras semanas de vida, reduz de maneira considerável a probabilidade de a criança ser infectada, sendo considerado um dos principais avanços no conhecimento sobre a prevenção vertical da AIDS (ABRÃO, 2013).

O acompanhamento à gestante é realizado por meio de uma equipe multiprofissional composta por infectologista, obstetra, enfermeira, psicólogo e assistente social. A unidade atende gestantes com HIV/AIDS encaminhadas de outros serviços de saúde, disponibilizando exames laboratoriais, tratamento antirretroviral e aconselhamento. A qualidade da relação com o profissional de saúde na prática do aconselhamento significa uma oportunidade para avaliar fatores de vulnerabilidade e exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), no presente ou em épocas passadas, preparando-a para a recepção do diagnóstico de HIV ou para a adoção das medidas de prevenção dessa infecção e de outras ISTs (BONIFÁCIO, 2015; FRIEDRICH et al., 2016).

O diagnóstico da infecção pelo HIV, quando feito no início da gestação, possibilita os melhores resultados relacionados ao controle da infecção materna e, conseqüentemente, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes tão logo se inicie o pré-natal (BONIFÁCIO, 2015).

A necessidade da busca de informações a respeito da epidemiologia do HIV/AIDS em regiões onde há déficit de dados provoca a indagação de qual o perfil de notificações de casos de HIV/AIDS em gestantes no hospital de referência para ISTs de Mossoró?

Dessa forma, o foco do presente projeto é coletar e estratificar casos de gestantes convivendo com o HIV, notificados nos últimos dez anos (2007-2017). O

estudo poderá auxiliar profissionais de saúde, no sentido de reforçar a conscientização junto à população para a prevenção, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e a humanização durante o atendimento de gestantes infectadas pelo vírus.

1.2 JUSTIFICATIVA

A importância de discutir o tema do atual trabalho nasceu da carência de informações que privilegiam o grupo das gestantes, pois além da AIDS propriamente dita ser um risco real à saúde de qualquer pessoa, quando recorrente entre este grupo, traz consigo o agravante da própria condição física sensível da gestação e a possibilidade da transmissão vertical. Dessa forma presente projeto pretende investigar o impacto dos casos notificados sobre as gestantes, de forma a refinar as informações e auxiliar a entender melhor o perfil epidemiológico dos casos notificados em regiões de carência de informações como a região de Mossoró.

1.3 HIPÓTESES

HO: Não há aumento do número de casos notificados de gestantes vivendo com HIV na cidade de Mossoró nos últimos 10 anos.

H1: Existe aumento do número de casos notificados de gestantes vivendo com HIV na cidade de Mossoró nos últimos 10 anos.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Identificar o perfil epidemiológico de gestantes vivendo com HIV na cidade de Mossoró.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Verificar variações nos últimos 10 anos dos casos notificados de gestantes que apresentem a infecção;
- Categorizar as notificações segundo características sócio demográficas que possam influenciar no perfil epidemiológico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIV/AIDS E GESTAÇÃO: aspectos epidemiológicos

O HIV continua sendo um grande problema de saúde pública mundial, cerca de 16 milhões de mulheres possuem o vírus do HIV mundialmente, sendo a maioria em idade própria para reprodução. Destas mulheres aproximadamente 1,5 milhões tiveram gestações de alto risco devido à doença e, destas, 31% não tiveram tratamento adequado levando à transmissão vertical. Esse número é alarmante, pois chega a 1.800 infecções de mães para filhos, através da amamentação, parto ou na própria gestação diariamente (FRIEDRICH et al., 2016).

No Brasil, o número de gestantes convivendo com o vírus segue ligeiro aumento de notificações nos últimos 10 anos: em 2007 (2,3 mil gestantes); 2008 (2,1 mil gestantes); 2009 (2,2 mil gestantes); 2010 (2,1 mil gestantes); 2011 (2,3 mil gestantes); 2012 (2,4 mil gestantes); 2013 (2,4 mil gestantes); 2014 (2,6 mil gestantes); 2015 (2,6 mil gestantes); 2016 (2,7 mil gestantes) e 2017 (2,8 mil gestantes) (BRASIL, 2018a). No total, desde 2000 até junho de 2018, foram notificadas 116.292 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 38,6% das gestantes eram residentes da região sudeste, seguida pelas regiões sul (30,4%), nordeste (17,2%), norte (8,0%) e centro-oeste (5,8%). Somente no ano de 2017, foram identificadas 7.882 gestantes no Brasil, sendo 30,2% na região sudeste, 29,0% no sul, 21,9% no nordeste, 12,5% no norte e 6,4% no centro-oeste (BRASIL, 2018a). Além disso, estudos epidemiológicos apontam que a prevalência de HIV em gestantes é em torno de 0,38%, considerando o total de infecções, sendo que a transmissão vertical em crianças é de 80%, um dado preocupante mesmo com a implementação de programas de acompanhamento que acontecem no país desde o ano de 2000 (FRIEDRICH et al., 2016).

No Rio Grande do Norte, foram notificados no sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN) 645 casos de gestantes com HIV entre os anos de 2007 a 2016. Dentro deste recorte, a faixa etária predominante é a de 20 a 29 anos com 55% dos casos. Sobre os cuidados no pré-natal destas gestantes, verificou-se que neste período 87% delas realizaram o pré-natal e que 71% destas fizeram o uso do antirretroviral como profilaxia (SESAP, 2016). Dentro deste mesmo período foram encontradas 844 crianças expostas ao vírus HIV, que são aquelas nascida de mãe

infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV, saltando de 106 crianças em 2010 para 160 crianças em 2016 (SESAP, 2016)

Segundo Brasil (2018b) as gestantes infectadas pelo HIV no Estado do Rio Grande do Norte entre os anos de 2006-2018 representaram um total de 838 casos, ou 14,6% do total de 5.736 pessoas diagnosticadas durante este período. No ranking da taxa de detecção (x 1.000 nascidos vivos) de gestantes com HIV notificadas no SINAN, entre os anos de 2005-2017, a capital Natal encontra-se em 16^a no ranking de gestantes diagnosticadas, sendo Porto Alegre a primeira colocada.

Vários estudos sugerem que a incidência da infecção pelo HIV durante a gravidez e no período pós-parto é alta, com alguns sugerindo aumento da incidência entre gestantes/puérperas em comparação com mulheres não grávidas. Mecanismos potenciais para maior suscetibilidade ao HIV durante a gravidez e pós-parto incluem características biológicas e comportamentais exclusivas deste período. Se o risco de aquisição do HIV aumentar durante a gravidez e/ou períodos pós-parto, esse risco maior pode se traduzir em um período cumulativo substancial de risco para mulheres em áreas onde as taxas de fertilidade e a prevalência do HIV são altas (MOODLEY et al., 2009).

2.2 FISIOPATOLOGIA DA INFECÇÃO PELO HIV

O HIV pertence a uma família de vírus chamada retrovírus. Ele ataca o sistema imunológico ao destruir as células TCD4, debilitando progressivamente a capacidade do organismo em combater infecções. A infecção pelo HIV é a condição que leva à AIDS. As pessoas diagnosticadas com AIDS podem ter doenças potencialmente fatais chamadas infecções oportunistas, causadas por microrganismos, como vírus ou bactérias, que geralmente não deixariam doentes pessoas imunocompetentes. A AIDS é considerada o estágio final da infecção pelo HIV, também conhecida como infecção tardia do HIV (BONIFÁCIO, 2015).

O risco de transmissão do HIV está relacionado com a quantidade de vírus presente no sangue ou nos fluidos corporais. Vale salientar que o HIV não é infeccioso na saliva, suor, lágrimas, urina ou fezes e, fora do corpo, acredita-se que o HIV no sangue e em outros fluidos corporais morra em poucos minutos. O risco de transmissão é maior quando a carga viral é alta e os níveis de HIV são medidos usando testes de carga viral. A carga viral geralmente se torna muito alta (em torno

de 50.000-200.000 cópias/ml) no momento em que a contagem de CD4 cai para 350 células/mm³ (VERONESI-FOCACCIA, 2015). Além disso, apenas uma exposição é necessária para ocorrer a infecção através do compartilhamento de agulhas infectadas ou do equipamento para tomada de drogas por via intravenosa, além da transmissão sexual, porque há contato direto entre sangue e sangue ou sêmen e mucosa quando existe presença de pele lesionada (ALVES et al., 2002).

Sem testes, muitas pessoas com HIV não sabem sua sorologia e sem tratamento com antirretrovirais (TARV) algumas pessoas podem ficar doentes dentro de 1 a 2 anos, já outras podem passar 15 anos sem sintomas. A maior parte do vírus se localiza no sistema linfático e nos gânglios linfáticos. Após ocorrer a infecção sobre as primeiras células, leva várias horas para que essas células recém-infectadas transportem o HIV para os gânglios linfáticos. Durante os próximos dias ou semanas, o HIV continua a se multiplicar nos gânglios linfáticos repletos de células TCD4 (VERONESI-FOCACCIA, 2015).

Depois de se acumular nos nódulos linfáticos, muitas células se rompem liberando o HIV na corrente sanguínea. Isso envia o HIV para todo o corpo. Os níveis de HIV (carga viral) tornam-se detectáveis no sangue e atingem níveis muito altos (geralmente milhões de cópias/ml de sangue). À medida que a carga viral aumenta esse alto nível de atividade viral produz sintomas em até 80% das pessoas. O HIV pode causar sintomas que incluem suores noturnos, febres, fraqueza, cansaço e, mais raramente, úlceras na boca (NASSER; OLIVEIRA; PEIXOTO, 2017). A primeira linha de defesa do sistema imunológico reage à carga viral no sangue produzindo anticorpos para combater o HIV. Geralmente, leva de 1 a 3 meses após a infecção para que os anticorpos anti-HIV serem detectados em um teste de triagem, o que se denomina de janela imunológica (PINHEIRO, 2019).

A infecção primária (HIV) também chamada de infecção precoce ou aguda, diz respeito aos primeiros seis meses após a infecção. A infecção crônica descreve a infecção pelo HIV após os primeiros seis meses e pode levar de 2 a 10 anos até que a maioria das pessoas tenha sintomas característicos de imunodeficiência. Com a TARV, a infecção crônica pode durar por toda a vida (VERONESI-FOCACCIA, 2015). A infecção tardia é o estágio mais grave. O estágio tardio do HIV é agora mais raro. Só é visto em pessoas que não têm acesso ao tratamento ou que só são diagnosticadas muito tarde. Também é visto quando o tratamento parou de funcionar porque o HIV se tornou resistente aos medicamentos. O estágio tardio do HIV

costumava ser chamado AIDS, mas o termo AIDS agora é raramente usado (SERPEJANTE, 2017).

Após o início da TARV a carga viral deve diminuir em pelo menos 90% na primeira semana - principalmente nos primeiros dias. A carga viral deve tornar-se indetectável (menos de 50 cópias/ml) no prazo de três meses. Algumas pessoas ficam indetectáveis depois de apenas um mês, já para outras isso pode levar mais tempo (SOUZA, 2019). A rapidez com que a carga viral se torna indetectável depende de três fatores principais: quão alta é a carga viral quando o TARV é iniciado, a aderência ao tratamento e quais as drogas para o HIV são empregadas. Os inibidores da integrase, por exemplo, reduzem a carga viral mais rapidamente que outros tipos de medicamentos para o HIV (COLLINS et al., 2007).

Outras infecções podem aumentar a carga viral do HIV como ter outro vírus. Algumas ISTs aumentam os níveis de HIV nos fluidos genitais, mas apenas em quantidades relativamente pequenas. Essas ISTs incluem herpes, gonorreia e sífilis. A carga viral mais elevada tornará o HIV um pouco mais infeccioso. Esta é uma das razões pelas quais outras ISTs estão relacionadas a um maior risco de transmissão do HIV (UNAIDS, 2012).

Infecções virais como a gripe podem aumentar sua carga viral enquanto a infecção está ativa. Por exemplo, resultados inconclusivos podem ocorrer quando há presença de gripe ou resfriado, sendo indicado que um novo teste seja realizado. Outros exemplos, a malária pode aumentar a carga viral enquanto a infecção está ativa e algumas vacinas também podem aumentar a carga viral temporariamente. Além disso, o HIV também pode aumentar os níveis de outros vírus (VITORIA, 2005).

Em relação aos bebês nascidos de mães portadoras do vírus, podem ser realizados testes de triagem, os quais são capazes de detectar um resultado inicial reagente para o HIV. Isso é normal e não significa que o bebê tenha HIV. Um bebê compartilha as respostas imunológicas da mãe, o que está relacionado com o princípio do teste rápido. Geralmente leva até 18 meses para que essas respostas desapareçam gradualmente (MUSSI-PINHATA et al., 1994). O bebê então será testado usando um teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) que irá buscar a presença de DNA ou RNA do HIV no sangue do bebê. A PCR de DNA é um teste altamente sensível que detecta pequenas quantidades de DNA do HIV no plasma sanguíneo. A PCR de RNA é semelhante ao teste de PCR de DNA e o mesmo teste

é usado para medir a carga viral. Os testes irão amplificar ou multiplicar o DNA ou RNA do HIV no tubo de ensaio para que ele possa ser mais facilmente detectado (MUSSI-PINHATA et al., 1994).

2.3 INFECÇÃO EM GESTANTES: DA ABORDAGEM INICIAL AO MANEJO DURANTE A GRAVIDEZ

A maneira exata como as mães transmitem o HIV aos bebês ainda é desconhecida. A maioria das transmissões ocorre durante o trabalho de parto. A transmissão também pode ocorrer através da amamentação (BRASIL, 2018c). Certos fatores de risco parecem tornar a transmissão durante o trabalho de parto muito mais provável, como a carga viral. Se a gestante possuir alta carga viral, o risco de transmissão para o bebê é muito maior do que se ela é indetectável. O objetivo da TARV é garantir que a carga viral seja a mais baixa possível, principalmente no momento do parto. Isso também trará o maior benefício para a mãe (BERTOLDO, 2014).

Como meio de diagnóstico, o manual de boas práticas do Ministério da Saúde indica que é recomendável testar bebês no dia em que nascem e depois mensalmente até completar 6 meses. Após o 6º mês a avaliação deve ser feita trimestralmente até o 24º mês. Se os testes mostrarem que o bebê não tem mais os anticorpos da mãe para o HIV quando ele completar 24 meses, isso é chamado de soro reversão (BRASIL, 2009).

Há uma necessidade de uma distribuição mais ampla de testes de HIV mais sensíveis, como os testes rápidos de quarta geração, para melhorar a detecção precoce do HIV. Esses testes mais sensíveis, que detectam tanto os anticorpos do HIV quanto o antígeno p24 do HIV, podem reduzir o número de mulheres que têm infecção precoce pelo HIV e são incorretamente classificadas como HIV não reagentes. Uma vez que as mulheres grávidas e pós-parto são uma população vulnerável em risco de contrair HIV e outras ISTs, elas devem receber aconselhamento continuado sobre a necessidade de preservativos para prevenir a transmissão durante esse período (RIBEIRO; DIAZ, 2001).

O número de diagnósticos em gestantes com HIV no Brasil vem exibindo um leve aumento nos anos recentes, devido aos testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha em todo o país. Desde seu início no SUS, em 2012, foram oferecidos

17.062.770 testes rápidos (somente para a Rede Cegonha, até outubro de 2018), 36,4% do total de todos os testes rápidos oferecidos pelo SUS no Brasil (BRASIL, 2018c). De 2007 a 2017, houve um acréscimo de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2007, a taxa observada foi de 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2017, passou para 2,8/mil nascidos vivos.

Essa ampliação poderia ser esclarecida, em parte, pelo aumento do exame no pré-natal e como resultado da melhoria do cuidado da transmissão vertical do HIV. Além disso, esse aumento é verificado em todas as regiões do país, fora a região Sudeste, que deteve pouca variação ao longo do tempo. As regiões Nordeste e Norte foram as que exibiram maiores acréscimos no número de diagnósticos, de 87,5% e 118,5% respectivamente, nos últimos dez anos (BRASIL, 2019).

Em ambientes de alta prevalência deve-se oferecer às mulheres repetir o teste de HIV para detectar infecções incidentes e diagnosticar mulheres no período pós-parto que não receberam cuidados pré-natais. Essa abordagem é benéfica porque detecta a infecção materna pelo HIV enquanto as mulheres estão acessando o sistema de saúde e estimula o encaminhamento para cuidados e tratamento adequados para o HIV (FERREIRA JÚNIOR; MOTTA, 2015).

Receber um diagnóstico de infecção por HIV pode ser traumático e a ligação aos esforços de cuidado deve ser entregue com sensibilidade e persistência. O tempo do diagnóstico até a ligação com o cuidado pode ser afetado por muitos fatores, incluindo recursos socioeconômicos insuficientes, uso de substâncias ativas, problemas de saúde mental, estigma e gravidade da doença (BRASIL, 2013).

A gravidez pode causar uma queda na contagem de TCD4 de uma mulher. Isso pode variar muito, mas geralmente é de cerca de 50 células. Não é uma redução real nas células TCD4, mas a mesma quantidade em uma quantidade maior de sangue (que aumenta na gravidez). A queda é apenas temporária. A contagem de TCD4 normalmente retornará ao nível pré-gravidez logo após o nascimento do bebê. Por vezes, se uma mulher inicia a TARV na gravidez, a sua contagem de TCD4 não aumenta muito, apesar de a carga viral diminuir (COLLINS et al., 2007).

Em geral, as mulheres grávidas precisam do mesmo tratamento para prevenir infecções oportunistas do que as que não estão grávidas. O tratamento e a profilaxia (prevenção) para a maioria das infecções oportunistas durante a gravidez é amplamente semelhante àquela para adultos não gestantes, com exceção de alguns medicamentos, os quais não são recomendados. A profilaxia contra infecções por

cândida e infecções fúngicas invasivas não é recomendada rotineiramente devido à toxicidade do fármaco. Porém, o tratamento de infecções muito graves não deve ser evitado por causa da gravidez (COLLINS et al., 2007).

Muitas pessoas com HIV também têm herpes genital. As mulheres que vivem com o vírus são mais propensas a ter um surto de herpes durante o trabalho de parto do que as mulheres sem o vírus. O tratamento profilático de Herpes com aciclovir é frequentemente recomendado para reduzir esse risco. Herpes é muito facilmente transmitido de mãe para filho. As feridas provocadas pelo vírus do Herpes contêm altos níveis de HIV, mesmo se a carga viral do HIV é indetectável. O vírus do Herpes também pode ser liberado das feridas durante o trabalho de parto. Isso colocará o bebê em risco de Herpes neonatal e em risco aumentado de HIV. A profilaxia e o tratamento com aciclovir são seguros durante a gravidez (BERTOLDO, 2014).

O maior risco para um bebê nascido de uma mãe com HIV é o próprio HIV. A TARV pode evitar isso (ver adiante). Até agora, todas as evidências mostram que os medicamentos para o HIV parecem ser seguros. Isso inclui até mesmo alguns relatos que analisaram o risco de prematuridade, defeitos congênitos e toxicidade em bebês (BERTAGNOLI, 2012). Vários estudos mostram maior risco de prematuridade (bebê nascido com menos de 37 semanas) e baixa taxa de natalidade para bebês nascidos de mães em uso de TARV. Esta não deve ser uma razão para a mãe evitar a TARV na gravidez, mas é importante estar ciente dos riscos que podem ocorrer (VERONESI-FOCACCIA, 2015).

Até o momento, não há evidências de que a TARV atualmente recomendada aumente o risco de defeitos congênitos, mas a anemia tem sido observada em bebês nascidos de mães em uso de TARV; mas é algo que não tem maiores preocupações e geralmente não necessita de transfusão. Se uma mulher tomar atazanavir durante a gravidez, os níveis de bilirrubina no bebê podem estar mais altos do que o normal. O bebê pode fazer fototerapia com luz, utilizando uma máquina especial para reduzir os níveis (COLLINS et al., 2007).

2.4 ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA EM GESTANTES

O uso de tratamento antirretroviral altamente ativo (HAART) levou a um grande sucesso terapêutico, alterando gradualmente o curso da doença e

transformando o HIV/AIDS em uma doença cronicamente manejável. Esse modelo terapêutico baseia-se em várias combinações de antivirais (TARVs) pertencentes a diferentes classes de medicamentos, de acordo com regras predefinidas. Uma adesão estrita à estratégia HAART é necessária para garantir o sucesso do tratamento (BRASIL, 2018c).

O serviço de saúde pública estabeleceu diretrizes específicas para a TARV nas gestantes. Por exemplo, é necessário enfatizar a importância do uso da TARV na gravidez para indicações de saúde materna, além de reduzir a transmissão perinatal do HIV. As diretrizes indicavam o uso de zidovudina para reduzir o risco de transmissão perinatal do HIV (BRASIL, 1996). No entanto, as diretrizes atuais de TARV são muito mais complexas e baseiam-se no princípio de que a mulher deve receber uma terapia combinada ótima na gravidez, com discussão completa dos riscos e benefícios potenciais. As decisões de tratamento devem levar em consideração a saúde atual e futura da mulher, a fase da gravidez, os desejos da mulher em relação ao resultado da gravidez, a meta de prevenir a transmissão vertical, o bem-estar do feto e do neonato e considerações farmacocinéticas únicas, incluindo cinética alterada na gravidez e problemas de passagem placentária de medicação (CARVALHO; SILVA, 2014).

A maioria das diretrizes agora recomenda o TARV para todas as pessoas com o HIV. Isso inclui pessoas com uma contagem alta de CD4 (acima de 500 células/mm³). A TARV é especialmente importante durante a gravidez para reduzir o risco de transmissão para o bebê. Reduzir a carga viral para indetectável reduz drasticamente o risco de transmissão. A transmissão cai de quase 10% em mulheres não tratadas para menos de 1% em mulheres tratadas com carga viral indetectável na TARV (COLLINS et al., 2007).

Os esquemas mais utilizados atualmente são a associação de dois análogos de nucleosídeos (NRTI) com um inibidor de protease como, por exemplo, o ritonavir. Uso de dois NRTI com um não análogo de nucleosídeo (NNRTI) pode ser uma alternativa. A associação de estavudina e didanosina deve ser evitada, devido ao risco de acidose láctica (VERONESI-FOCACCIA, 2015).

Muitas mulheres que possuem o vírus e que ficam grávidas podem estar fazendo o uso da TARV. Uma gestante deve continuar a tomar o medicamento, mas caso uma mulher é diagnosticada durante a gravidez, a TARV deve ser prontamente iniciada. Se uma mulher descobrir a infecção no final da gravidez, a TARV ainda

pode evitar a transmissibilidade, principalmente se envolver uma combinação de medicamentos antirretrovirais com maior impacto inicial sobre a carga viral. Mesmo com apenas alguns dias de HAART, a carga viral deverá ser drasticamente reduzida e mesmo após 36 semanas, o tratamento reduzirá a carga viral da mãe a níveis muito baixos (COLLINS et al., 2007).

A própria saúde da mãe e a manutenção do tratamento é a consideração mais importante para garantir um bebê saudável. Em geral, o tratamento para uma mulher grávida que convive com o vírus será o mesmo que para qualquer adulto. Portanto, é importante que a mãe receba apoio de uma equipe de saúde experiente durante a gravidez (BERTAGNOLI, 2012). Vale ainda salientar que a gravidez não agrava a saúde da mulher relacionada ao HIV. Não fará o progresso do HIV mais rápido ou mais lento (CARVALHO; SILVA, 2014).

É fácil para uma mãe esquecer sua própria saúde depois que o bebê nasce. Para as mães que recebem tratamento para o HIV, a adesão é fundamental. A irregularidade do tratamento aumenta a chance de resistência viral. Muitas mulheres têm excelente adesão quando estão grávidas, mas acham isso difícil depois que o bebê nasce (BERTAGNOLI, 2012). Por isso, a adesão ao tratamento é um processo complexo e dinâmico. Como em outras doenças crônicas, os pacientes com HIV apresentam dificuldades para alcançar e manter uma alta adesão indefinidamente. É por essa razão que o profissional de saúde deve reconhecer que nenhum paciente apresenta uma adesão perfeita. Um monitoramento permanente da adesão do paciente é necessário em todos os momentos (CALDAS et al., 2015).

Outro fator que influencia na queda da aderência ao tratamento é os efeitos colaterais. As mulheres podem apresentar alguns efeitos colaterais durante o tratamento da TARV como enjoos matinais e náuseas, o que pode confundir-se com os sintomas próprios da gravidez. Um efeito colateral muito comum do AZT e da gravidez é a anemia. Já gestantes que fazem uso de inibidores da protease podem ter um risco maior de desenvolver hiperglicemia e diabetes, por isso devem ter os níveis de glicose monitorados durante a gravidez. Além disso, os inibidores da protease como o atazanavir têm sido associados a níveis aumentados de bilirrubina, mas sem maiores preocupações (COLLINS et al., 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo documental e retrospectivo. O delineamento quantitativo é caracterizado pela aplicação da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas, mediante dados estatísticos como percentual, média, desvio ou erro padrão etc (MARCONI; LAKATOS, 2003).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Rafael Fernandes localizado na Rua Juvenal Lamartine, 03 - Santo Antônio, Mossoró - RN, 59603-025. Trata-se de uma instituição que é especializada em doenças infectocontagiosa sendo referência no tratamento da AIDS, hanseníase e tuberculose para toda a região do Oeste potiguar. O Hospital dispõe hoje do atendimento hospital-dia, no qual os pacientes vivendo com o HIV são tratados durante o dia e retorna para sua casa à noite, sendo, portanto, considerado um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da região.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída de gestantes que vivem com HIV/AIDS e que foram notificadas no CTA (ver local da pesquisa). Geralmente as notificações englobam pessoas que moram em cidades que compõe a microrregião de Mossoró, a saber: Areia Branca, Baraúna, Grossos, Mossoró, Serra do Mel, Tibau, Felipe Guerra e Governador Dix-Sept Rosado; e cidades que compõe a mesorregião do oeste potiguar: Açu, Apodi, Pau dos Ferros, São Rafael, Caraúbas, Patu, São Miguel, Umarizal e Alexandria. A amostra foi constituída de mulheres em todas as faixas etárias. Este estudo engloba os sistemas de notificação do registro geral e compulsório do Ministério da Saúde.

3.3.1 Critérios de seleção da amostra

O critério de inclusão é representado por dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde de todas as gestantes que vivem com HIV/AIDS no período entre 2007 a 2017, sem exclusões de idade ou tempo de gestação.

Como critérios de exclusão não foram considerados os dados relativos há anos anteriores ao de 2007.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante pesquisa das notificações de casos de gestantes vivendo com HIV/AIDS gerados a partir do registro universal e compulsório no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) fornecido pelo DATASUS. Variáveis categóricas serviram de dicotomizadores para as informações relativas aos anos coletados (2007 a 2017) como, por exemplo, cidade usa de medicamentos, taxa de mortalidade, número de filhos entre outras variáveis que ajudem a caracterizar a amostra estudada. A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a agosto, já que não há a necessidade prévia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em vista da Resolução 510/2016. No entanto, a instituição de ensino (FACENE) dispôs de ofício em que foram explicados os motivos geradores da busca pelo acesso à informação no local onde foi realizada a pesquisa.

3.4.1 Análise dos dados

As análises dos dados foram realizadas através de estatísticas descritivas e expressos em frequência simples e porcentagem, através de gráficos de barras ou tabelas plotados em programa computacional (Microsoft Excel).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos foram obedecidos às prerrogativas da Resolução 510/2016 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos e que em seu artigo primeiro, parágrafo único afirma a não necessidade do registro nem avaliação pelo

sistema CEP/CONEP de pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual como é o caso do presente projeto.

3.5.1 Riscos e benefícios

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois a confiabilidade dos formulários é preservada nos sistemas de informação do Datasus. Os benefícios representarão a contribuição para produção de conhecimento científico sobre a prevalência da infecção por HIV/AIDS em gestantes na região de Mossoró, onde a informação acerca da epidemia ainda é escassa. Além de permitir ações futuras de prevenção, redução do estigma, conscientização, busca pelos testes de diagnóstico e redução da disseminação da epidemia.

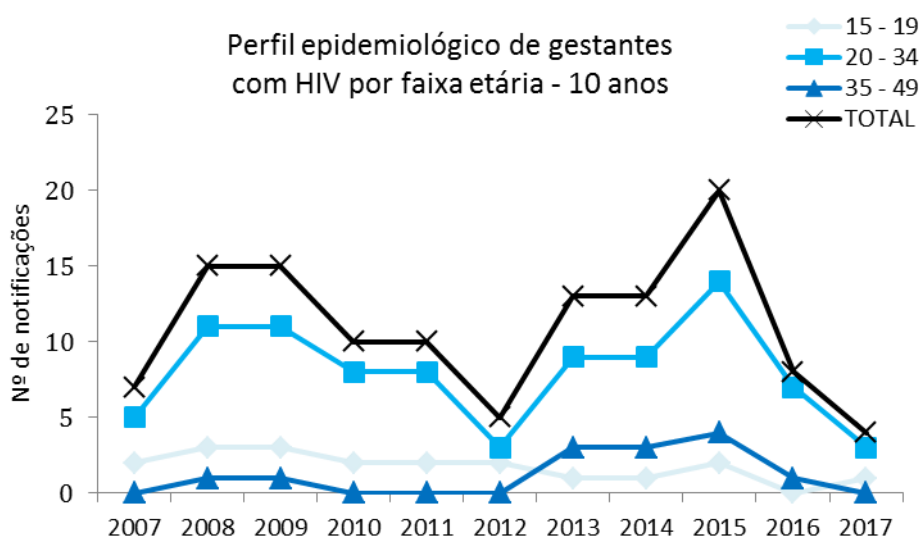
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS EM GESTANTES ENTRE 2007 E 2017

4.1.1 Por faixa etária

De acordo com os dados coletados a partir do banco nacional de dados de HIV/AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no CTA da região oeste do estado do Rio Grande do Norte (Hospital Rafael Fernandes) foram registradas 120 notificações de gestantes portando HIV durante o período compreendido entre 2007 a 2017. O perfil epidemiológico segundo ano e faixa etária mostra aumento dos casos registrados em dois momentos nos últimos dez anos, seguido de quedas no número de notificações (Gráfico 1)

Figura 1 – Notificações de gestantes convivendo com o HIV por ano. Número de gestantes convivendo com HIV notificadas por faixas etárias entre os anos de 2007 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com a implantação do Grupo de Ensaios Clínicos em AIDS na pediatria (do inglês, *Pediatric AIDS Clinical Trials Group - PACTG*) que avalia tratamentos para crianças e adolescentes com HIV e desenvolve novas abordagens terapêuticas para prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho, e do Grupo Internacional de Ensaios Clínicos em AIDS para Adolescentes em Pediatria na Maternidade (IMPAACT), o padrão da epidemia da infecção pelo HIV entre crianças e o número

de novas infecções na população pediátrica caiu substancialmente nos últimos anos (ÁVILA, 2017; AIDSINFO, 2018).

Em Mossoró, Meirelles e colaboradores (2016) mostraram que entre 2007 a 2014 houve 92 casos de gestantes notificadas. No estudo de Lima et al. (2017) foram notificadas 52 gestantes com HIV/AIDS entre os anos de 2007 a 2015, onde 69,2% apresentavam idade entre 21-30 anos.

Esses dados se mostram discrepantes entre si e também com os do presente estudo. Tal discrepância pode ser elucidada por deficiências na qualidade da informação acerca de gestantes e mulheres portadoras de HIV/AIDS no estado do RN devido à dissonância entre casos registrados no DATASUS, na Secretaria Estadual de Saúde (SESAP/RN) e nas Secretarias Municipais de Saúde. Em relação ao DATASUS, verificaram que há perdas no número de casos notificados em relação à SESAP e as secretarias municipais de saúde.

Quanto à faixa etária, existe maior número (55%) de gestantes com HIV nas idades entre 20 e 34 anos, corroborando os dados levantados em todo o estado (MEIRELLES et al., 2016). Em Alagoas, 70,9% das gestantes portadoras de HIV/AIDS tinham entre 20 a 34 anos (SILVA et al., 2018). O mesmo perfil de faixa etária foi encontrado em estudos realizados em outras regiões do Brasil, como em cidades do sudeste [Minas Gerais – média de 29,1 anos (ROMANELLI et al., 2006) e Rio de Janeiro – média de 26 anos (ÁVILA, 2017)], do sul [Santa Maria – 51,8% entre 26 a 35 anos (BICK et al., 2018)] e centro-oeste [Campo Grande, Mato Grosso do Sul – 48,5% entre 18 a 27 anos (ROCHA, 2018)].

Por fim, é importante salientar que o CTA estudado compreendeu casos notificados em cidades do centro-oeste do estado, mais precisamente as cidades de Assú, Almino Afonso, Alto do Rodrigues, Areia Branca, Baraúna, Carnaubais, Felipe Guerra, Fernando Pedrosa, Frutuoso Gomes, Mossoró, Pau dos Ferros, Porto do Mangue, Serra do Mel e Umarizal, embora quase que a totalidade dos casos (88%) tenha sido notificada na cidade de Mossoró. Além disso, esse número não necessariamente mostra a quantidade de gestantes com HIV na cidade de Mossoró, mas sim a porcentagem de gestantes com HIV que realizaram o pré-natal nessa cidade.

4.2 POR RAÇA, GRAU DE ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO

As gestantes que se autoproclamam brancas é a de maior incidência nas notificações representando 54% do total, 36% se consideram pardas e apenas 8% se consideram pretas (Tabela 1).

Dados coletados por Ávila (2017) no Rio de Janeiro mostram uma porcentagem de gestantes brancas similar ao presente estudo (57,9%). Lima et al. (2017) mostrou que há prevalência de mulheres brancas e pardas (46,1% e 36,5%, respectivamente), em linha com os demais estudos analisados.

Em contrapartida, Rocha (2018) mostrou maior porcentagem (51,5%) de gestantes autodeclaradas pardas em Campo Grande/MS. A miscigenação do país e as diferenças sócio demográficas de cada região devem influenciar nas discrepâncias de proporção das raças entre os estudos. O mesmo aconteceu em Alagoas onde 72,1% das gestantes declararam raça parda, sendo este, o fenótipo responsável pelo maior número de casos ao longo do período (SILVA et al., 2018).

Tabela 1 – Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de gestantes convivendo com HIV por raça, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

RAÇA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
IGN/BRANCO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3
BRANCA	3	11	4	6	7	1	8	6	14	4	1	65
PRETA	0	1	1	0	0	0	2	0	4	0	1	9
PARDA	0	3	10	4	3	3	3	7	5	4	1	43
TOTAL	3	15	15	10	10	5	13	13	24	8	4	120

Fonte: Adaptado Sinan

No RN, Meirelles et al. (2016) mostra que a maioria se autodenominou parda com 64,4% das gestantes, seguido pelas brancas com 24%, sendo que a maioria possui o ensino fundamental (55,3%). Em Mossoró, boa parte das mulheres (30,8%) tinha apenas o ensino fundamental incompleto segundo LIMA et al. (2017).

Em relação ao grau de escolaridade (Tabela 2), pode-se observar que 70% das gestantes pesquisadas não possuem nem o ensino médio completo. No estudo realizado por Rocha (2018) em Campo Grande/MS, 55% das gestantes possuíam baixa escolaridade (1 a 9 anos de estudo). Além disso, Ávila (2017) e Araújo (2014) apontam que a maior concentração de gestantes infectadas pelo HIV são mulheres com baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade e que não estavam empregadas durante a gestação, o que corrobora nossos achados (ver adiante).

No sul do país, a caracterização social das gestantes também mostrou maior número (45,5%) com escolaridade de ensino fundamental incompleto (BICK et al.,

2018). Já em Alagoas os dados sobre escolaridade diz que 31,2% das gestantes declararam ter de 5 a 8 anos de estudos, enquanto que 7,4% delas não frequentaram a escola e apenas 1,9% apresentaram 12 anos ou mais de estudos (SILVA et al., 2018).

Esses dados são preocupantes, pois já se sabe que a educação sexual nas escolas é um passo importante como prevenção à infecção pelo HIV. Por exemplo, Fonseca et al. (2002) sugere que a pauperização da epidemia acontece quando indivíduos que detêm menor acesso à informação, tornam-se mais vulneráveis às situações de risco e às ISTs.

Tabela 2 – Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por grau de escolaridade segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

GRAU DE ESCOLARIDADE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
IGN/BRANCO	0	2	4	2	5	0	2	2	4	1	2	24
ANALFABETO	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
FUNDAMENTAL - 1ª A 4ª SERIE INCOMPLETA	1	3	3	2	1	2	2	2	4	0	0	20
FUNDAMENTAL - 1ª A 4ª SERIE COMPLETA	3	2	1	1	0	0	1	3	1	1	0	13
FUNDAMENTAL - 5ª A 8ª SERIE INCOMPLETA	2	4	1	1	1	1	0	0	4	4	1	19
FUNDAMENTAL COMPLETO	0	2	2	3	1	0	4	1	4	0	0	17
MEDIO INCOMPLETO	1	1	0	0	1	1	3	2	2	2	0	13
MEDIO COMPLETO	0	1	2	1	1	1	0	3	1	0	1	11
SUPERIOR COMPLETO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	7	15	15	10	10	5	13	13	20	8	4	120

Fonte: Adaptado Sinan

A profissão/ocupação também foi analisada. A tabela 3 mostra as ocupações elencadas nos formulários. A grande maioria das gestantes (77%) são donas de casa ou trabalham na área rural/agrícola (10%). Esses dados condizem com o grau de escolaridade encontrado e demonstram que a maioria das gestantes que convivem com HIV não possuem formação, o que reflete na baixa profissionalização, como no caso de um estudo em que 59,4% das mulheres gestantes foram identificadas como do lar/donas de casa (BICK et al., 2018). Dado similar em Belo Horizonte mostra que 61,1% das gestantes são do lar (Romanelli et al., 2006).

Lima et al. (2017) aponta que 26,9% das gestantes dedica-se exclusivamente às atividades domésticas, sendo que 46,2% das gestantes são de Mossoró e 53,8% são de outros municípios do Rio Grande do Norte, como Assú, Areia Branca, Caraúbas, Apodi e Baraúnas. Em todo o estado do RN, 34,1% das gestantes são donas de casa, acompanhando os resultados citados anteriormente (MEIRELLES et al., 2016).

Tabela 3 – Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por ocupação/profissão segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

OCUPAÇÃO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
DONA DE CASA	5	11	9	7	8	4	10	12	16	4	3	89
AUXILIAR DE ESCRITORIO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
OPERADOR DE CAIXA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
TELEFONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
COZINHEIRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CABELEIREIRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
MANICURE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
LAVADOR DE ROUPA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
PROMOTOR DE VENDAS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
VENDEDOR AMBULANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TRABALHADOR AGROPECUARIO	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	7
CASEIRO AGRICULTOR	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	5
VENDEDOR DE COMERCIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTUDANTE	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
ARTESÃO (VIDROS)	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
TOTAL	7	14	15	10	8	5	13	13	20	7	4	116

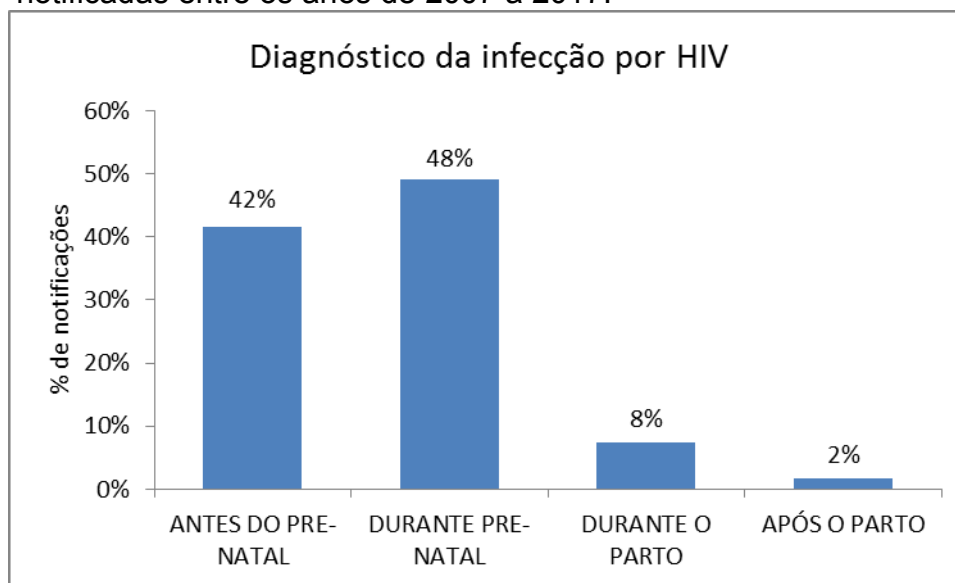
Fonte: Adaptado Sinan

4.3 POR VARIÁVEIS RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO, AO PARTO E A EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

Um fator importante que diz respeito à infecção pelo HIV é o momento do diagnóstico. O diagnóstico precoce é fundamental para se realizar o tratamento adequado e diminuir as chances de transmissão vertical no momento do nascimento. Por exemplo, em revisão realizada por Santos e Souza (2012) observa-se que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV já no início da gestação possibilita o melhor controle da infecção materna, e, conseqüentemente, melhor resultado da profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Das gestantes analisadas, praticamente metade delas (48%) obtiveram diagnóstico de soroconversão durante o pré-natal, 42% antes do pré-natal, 8% durante o parto e 2% após o parto (Gráfico 2). Apesar de saber a importância da realização dos exames sorológicos durante o pré-natal, é interessante observar que a mulher deveria realizar anualmente os exames antes mesmo de engravidar.

Figura 2 – Frequência segundo evidência laboratorial da infecção pelo HIV. Valores expressos em porcentagem do momento do diagnóstico em gestantes convivendo com HIV notificadas entre os anos de 2007 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Dados mais animadores foram encontrados por Ávila (2017) no Rio de Janeiro/RJ, por Rocha (2018) em Campo Grande/MS e por Bick et al. (2018) em Santa Maria/RS, onde a maioria das gestantes já tinham conhecimento sobre sua sorologia (52,6% no RJ; 54,9% no MS e 60,1% no RS). Já 46,7% (RJ), 40,9% (MS) e 30% (RS) foram diagnosticadas durante o pré-natal, isto é, não tinham conhecimento do seu estado sorológico previamente à gravidez. Em Mossoró/RN, Lima et al (2017) aponta que apenas 19,2% dos casos foram detectados durante o pré-natal e 75% não foram registrados, contraponto os dados do presente trabalho.

Em outro estudo também realizado em Mossoró-RN o momento do diagnóstico ocorreu antes do pré-natal em 31,5% dos casos, durante o pré-natal (44,3%), durante o parto (20,3%) e após o parto (2,5%), coerente com nossos achados. Além disso, é importante salientar que nesse estudo 86,8% das gestantes realizaram o pré-natal (MEIRELLES et al., 2016).

Em Alagoas, das gestantes que realizaram o pré-natal entre os anos de 2007 a 2015, 84,7% mulheres foram em pelo menos uma consulta de pré-natal e 11,3% não realizaram o pré-natal. Das que realizaram o pré-natal, 41,3% souberam do seu diagnóstico nesse momento e a evidência sorológica antes do pré-natal foi responsável por 34,4% do quantitativo de casos, 34,2% das mulheres souberam que haviam contraído a infecção no momento do parto e 2,6% foi após o nascimento do filho (SILVA et al., 2018).

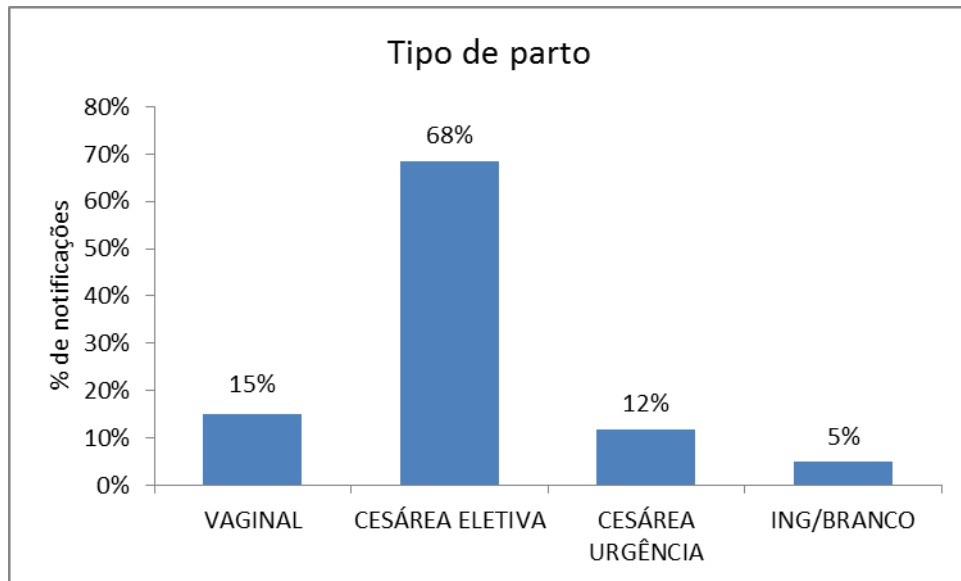
Já Bick et al. (2018) relata que no Sul do Brasil o diagnóstico do HIV foi realizado durante o pré-natal para 30% das mulheres, 5,4% dos diagnósticos foram identificados durante o parto e 1,8% após o nascimento da criança. Além disso, houve prevalência de mulheres que já conviviam com o vírus entre 1 a 5 anos (34,5%), seguida por 25,4% com menos de um ano de infecção. Um dado preocupante é que o pré-natal não foi realizado por 3,6% das gestantes.

No Rio de Janeiro o início do pré-natal e do acompanhamento no Serviço de Infectologia iniciou muito tarde (segundo e terceiro trimestres) em uma parcela significativa (59,9%) das gestantes; 22,4% delas tiveram menos que as seis consultas preconizadas de pré-natal, embora a maioria (52,6%) das gestantes já soubesse estar infectada pelo HIV antes da gestação (ÁVILA, 2017).

Em contrapartida, em Belo Horizonte/MG, Romanelli et al. (2006) mostrou que apenas 33,3% das mulheres tinham conhecimento prévio da infecção através da própria manifestação clínica ou do parceiro e a maioria (56,7%) tiveram o diagnóstico durante alguma gravidez. Os autores ainda discutem que o desconhecimento da infecção pelas mulheres pode ter sido em decorrência, especialmente, da ausência de pesquisa sorológica pelos parceiros, que adquirem o HIV em relações extraconjugais ou através do uso de drogas intravenosas. Isso significa que muitas vezes os parceiros sabiam sobre sua sorologia através da mulher. É freqüente nos prontuários, portanto, a ausência de registro sobre o atendimento do parceiro e na maioria dos casos (55,6%) não se conhecia o status do parceiro.

Em relação ao tipo de parto, o levantamento mostrou que a maioria dos partos é realizada por procedimento cirúrgico cesariano eletivo (68%), seguido de parto vaginal (15%) e cesárea de urgência (12%). Esses dados leva a hipótese de que possa existir parturientes que não deteve disponibilidade de acesso ao procedimento cirúrgico e, nos casos de urgência, provavelmente houve tal necessidade pela prematuridade do feto (Gráfico 3).

Figura 3 – Frequência do tipo de parto realizado nas gestantes portadoras de HIV. Valores expressos em porcentagem do tipo de parto realizados em gestantes convivendo com HIV notificadas entre os anos de 2007 a 2017.

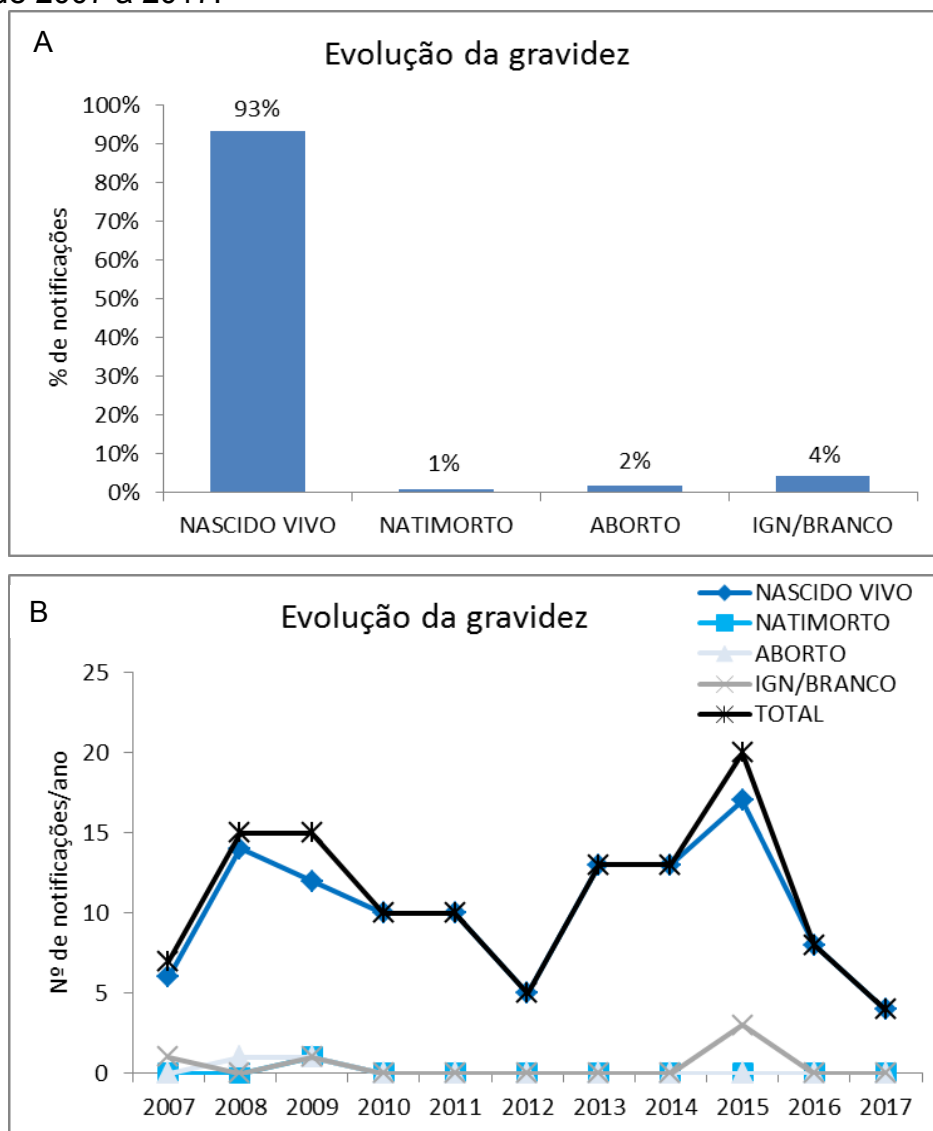


Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A maioria dos partos serem cesarianos corrobora o estudo de Meirelles et al. (2016), onde 40,7% das mulheres deram à luz por este tipo de parto no estado do RN. No estudo de Ávila (2017) no RJ das 150 (98,7%) gestações levadas até o fim, a maioria (65,1%) resultou em parto cesáreo. De fato, considera-se que o parto cesariano é a melhor opção, pois traz mais segurança ao bebê por reduzir o risco de transmissão vertical. Como o HIV pode ser transmitido tanto durante a gestação via intrauterina, durante o aleitamento materno e durante o parto por transmissão vertical, a escolha do tipo de parto para gestantes que convivem com HIV é de extrema importância para a segurança do bebê em relação à contaminação do vírus no momento do nascimento (ROCHA, 2018).

A evolução da gravidez é representada pelo Gráfico 4. A maioria dos bebês nascem vivos (93%), apenas 1% natimorto e 2% sofrem aborto (Gráfico 4A). Além disso, quando se observa os números absolutos de casos por ano é possível observar que houve apenas 2 casos de aborto, sendo 1 em 2008 e 1 em 2009 e 1 caso de natimorto em 2009. A viabilidade do feto em gestantes com HIV é alta e geralmente sem intercorrências, pois como apontado por Rocha (2018) a transmissão vertical do HIV pode ser evitada por meio de medidas tomadas durante o pré-natal, parto e puerpério, momentos em que a mulher e o bebê são constantemente monitorados.

Figura 4 – Evolução da gravidez nas gestantes portadoras de HIV. Valores expressos em porcentagem (A) ou em número de casos notificados por ano (B) da condição ou viabilidade dos fetos realizados em gestantes convivendo com HIV notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2007 a 2017.



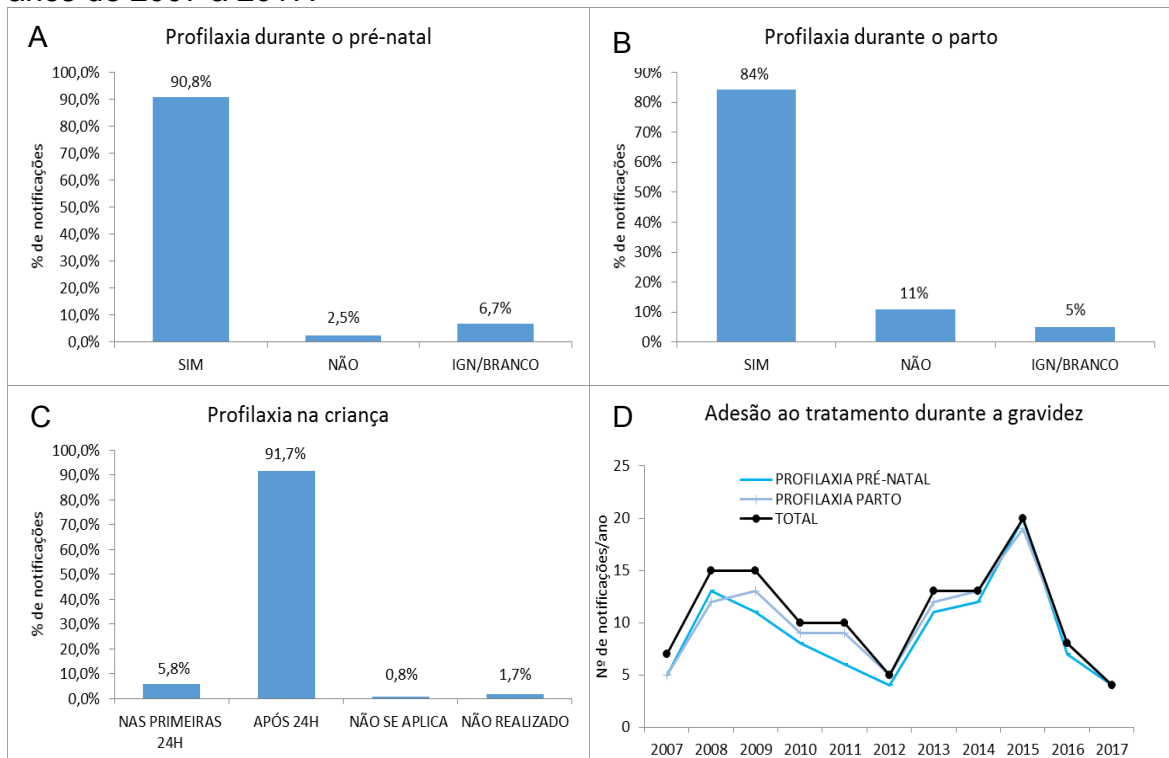
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com os protocolos vigentes no Brasil o profissional de saúde pode atuar de forma resolutiva na prevenção da transmissão vertical em todos os níveis de atenção à saúde desde o momento do aconselhamento pré e pós-teste, aconselhamento pré e pós-concepcional, no ato da notificação, durante todo o seguimento clínico, laboratorial, atrelados ao pré-natal, acompanhamento do tratamento, atenção secundária e terciária, durante os cuidados e manejos do período pré-parto, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2009, 2018c, 2019; CALDAS et al., 2015; SANTOS & SOUZA, 2012).

4.4 POR VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRATAMENTO

Quando se analisa em qual momento foi realizado o uso de profilaxia observa-se que há 90,8% de adesão ao tratamento com antirretrovirais durante o pré-natal (Gráfico 5A) e, daquelas gestantes que não iniciaram a profilaxia nesse momento, 84% realizaram durante o parto (Gráfico 5B). Em Belo Horizonte, 86 gestantes usaram antirretroviral, sendo 56,7% por indicação terapêutica. Além disso, nesse estudo não foram verificados casos de transmissão vertical (ROMANELLI et al., 2006).

Figura 5 – Tratamento nas gestantes portadoras de HIV. Valores expressos em porcentagem (A, B e C) ou em número de notificações (D) do uso de profilaxia antirretroviral durante o pré-natal (A), parto (B) e na criança após o seu nascimento (C), e o momento de adesão ao tratamento (D) pelas gestantes convivendo com HIV notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2007 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Santos e Souza (2012) apontam que o risco de transmissão vertical da infecção ainda é elevado nas gestantes que não recebem a terapia antirretroviral durante o pré-natal ou não a realizaram no momento do trabalho de parto. Um exemplo disso é que a porcentagem de gestações consideradas em

imunossupressão grave (CD4+ < 200 células/mm³) caiu de 17,9%, antes de iniciar a terapêutica antirretroviral para 8,9% na consulta pré-parto. Houve também um aumento na proporção de mulheres grávidas que atingiram uma carga viral não detectada, de 10,4% para 37,9% com o uso do tratamento (ÁVILA, 2017).

Em Santa Maria, no sul do Brasil, 80% das gestantes receberam antirretrovirais para tratamento e prevenção da transmissão vertical durante o parto, mas mesmo assim a carga viral materna mais próxima da data do parto foi detectável em 38,2% das gestantes (BICK et al., 2018). Já no Rio de Janeiro, 38,2% das gestações em que a TARV foi iniciada após a primeira consulta verificou-se um aumento da proporção de gestantes que conseguiram a não detecção da carga viral, passando de 10,4% na primeira consulta para 37,9% após a 34^a semana gestacional. As gestações em que a carga viral era superior a 1.000 cópias/ml caíram de 72,4% para 43,1%. Embora tenha havido uma diminuição nesta proporção, a não redução da carga viral em 43,1% das gestações demonstra a necessidade de início precoce da profilaxia durante o pré-natal e adesão efetiva à terapêutica, fatores essenciais na prevenção da transmissão vertical do HIV (ÁVILA, 2017).

Rocha (2018) discute a necessidade de ações incisivas de prevenção, melhor capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde. Esse fator é fundamental para reduzir a taxa de transmissão vertical, como observado no Hospital Universitário Antônio Pedro, que no período de 1998 a 2013, a taxa de transmissão vertical do HIV foi de apenas 1,6% (ÁVILA, 2017), corroborando a importância do acompanhamento pré-natal adequado e do diagnóstico e tratamento precoce.

Quanto aos fatores relacionados à profilaxia na criança e que estão associados à transmissão vertical do HIV, os resultados mostram que o recebimento da profilaxia oral ocorreu em sua maioria (91,7%) 24 horas após o nascimento, 5,8% nas primeiras 24 horas e 1,7% não foi realizado (Gráfico 5C). Número semelhante ocorreu em Santa Maria/RS, onde 89,1% dos casos a criança recebeu tratamento após o nascimento. No entanto, o tempo de recebimento após o nascimento da criança foi de 2 a 4 horas para 38,2%, de menos de 1 hora de vida para 2,7%, número maior que o observado quando comparado com nossos resultados. Prevaleceu o tempo total de uso de antirretrovirais na criança de 3 a 5 semanas para 70,9%. Os resultados dos primeiros exames para confirmação da condição

sorológica se apresentaram como indetectáveis para 55,4% das crianças, já na segunda carga viral apenas 1,8% de crianças apresentou resultado detectável (BICK et al., 2018).

É importante ainda salientar que quando os dados são analisados ao longo dos anos, em termos absolutos, a adesão ao tratamento nos primeiros anos da pesquisa era pior e ocorria mais durante o parto do que durante o pré-natal (Ver gráfico 5D). Esse quadro pode mostrar (1) receio no uso do tratamento e nas possíveis reações adversas que ele venha a possuir como insônia, cefaleia, confusão mental, pesadelos, tonturas, depressão, náuseas, vômitos, dor abdominal hepatotoxicidade, rash cutâneo, acidose láctica, nefrotoxicidade e mielodepressão (BRASIL, 2018c) e (2) uma melhora na conscientização das gestantes durante o pré-natal nos últimos anos. De fato, Souza et al. (2019) coloca muito bem esta questão em seu estudo, onde afirma que a atenção oferecida pela equipe pode expandir o cuidado humanizado e acolhedor levando à mãe a ter maior conscientização de seu papel em proteger o próprio filho da infecção.

De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais, fornecido pelo SUS, todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV devem receber TARV como umas das medidas de profilaxia para transmissão vertical. O RN deve receber zidovudina (AZT) solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida (BRASIL, 2019).

Para mães com carga viral maior que 1.000 cópias/mL registrada no último trimestre ou com carga viral desconhecida, a NVP deverá ser acrescentada ao AZT e deve ser iniciada até 48 horas após o nascimento. A indicação da profilaxia após 48 horas do nascimento da criança deverá ser discutida caso a caso, preferencialmente com o médico especialista (BRASIL, 2019).

Existe algumas exceções no caso de a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral (VO), pode ser utilizado o AZT injetável, nas seguintes doses: RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 3 mg/kg/dose 12/12h, por quatro semanas; RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 1,5 mg/kg/dose 12/12h nos primeiros 14 dias de vida e 2,3 mg/kg/dose 12/12h a partir do 15º dia, por quatro semanas; RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 1,5 mg/kg/dose 12/12h, por quatro semanas. Nos casos de impossibilidade de

deglutição e se houver indicação de NVP, poderá ser avaliada administração por sonda nasoenteral, pois esse medicamento não apresenta formulação injetável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou caracterizar o perfil das gestantes infectadas pelo HIV na cidade de Mossoró/RN. Nossos resultados mostraram que a maioria das gestantes que convivem com o vírus apresentam um perfil sócio demográfico de baixa renda e escolaridade, faixa etária entre 20 e 34 anos, optam pelo parto cesariano, fazem uso do tratamento antirretroviral (TARV) durante o pré-natal e metade delas buscam o diagnóstico durante esse período. A caracterização dessas gestantes permite discutir os principais fatores de risco, fatores determinantes que colaboraram na falha do manejo, tratamento adequado ou quaisquer outros motivos que impossibilitam a gestação segura, bem como a manutenção da qualidade de vida materna e a interrupção da transmissão vertical.

As variáveis estudadas identificaram que a maioria dessas gestantes engloba mulheres jovens, com baixos níveis de instrução e situação socioeconômica de vulnerabilidade. Para tanto, faz-se necessário a inclusão de ações direcionadas a ampliação da atenção as mulheres, em que a garantia de atendimento integral e diagnóstico precoce do HIV constituem estratégias importantes para promover adequada adesão ao tratamento e a redução da transmissão vertical.

A maioria das mães realizou o tratamento durante a gestação e o acompanhamento pré-natal com intenção de aplicar as medidas profiláticas recomendadas pelos protocolos nacionais. Identifica-se o comprometimento da qualidade da assistência direcionada a população, exposta em grande parte a condições sociais desfavoráveis. Além disso, de nada vale o comprometimento dos profissionais da saúde se o conhecimento e a conscientização da população sobre os cuidados na prevenção são insatisfatórios. O fato é que as mulheres não devem esperar que os seus parceiros façam anualmente os exames sorológicos para ISTs. Por mais que se sintam seguras por estarem num relacionamento estável, devem se prevenir fazendo uso de preservativos ou de terapias preventivas como a profilaxia pré-exposição (PreP) já disponíveis gratuitamente nos centros de tratamento e aconselhamento.

Outro fator importante para a excelência da qualidade da assistência e do acompanhamento durante a gravidez diz respeito ao conhecimento do perfil da comunidade em que se insere os problemas de saúde pública. Nossos achados, por exemplo, corroboram dados recentes que também mostraram que a qualidade dos

dados registrados em relação à diversas variáveis presentes nos sistemas de informação era regular ou ruim, de forma que essas variáveis não eram preenchidas completamente no formulário (MEIRELLES et al., 2016). A ocorrência de incompletude de alguns dados mostra que ainda não há uma cultura entre os profissionais de saúde que assegure o preenchimento adequado das informações e favoreça a transferência destas entre os serviços e até mesmo o entendimento da relevância destes dados para a população.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, D. F. **Manejo das mamas puerperais para inibição da lactação em mulheres soropositivas no domicílio: contribuições para enfermagem.** [s.l.] Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como, 2013.
- AIDSINFO. **Glossary of HIV/AIDS-Related Terms 2018** Department of Health and Human Services: 9. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/glossaryhivrelatedterms_english.pdf>.
- ALVES, R. N. et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4 suppl, p. 32–39, 2002.
- ARAÚJO, L. B. **Aids no estado do Rio Grande do Norte: indicadores epidemiológicos e sociodemográficos.** [s.l.] Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2014.
- ÁVILA, G. M. R. **Perfil clínico e epidemiológico das gestantes infectadas pelo HIV acompanhadas no serviço de infectologia do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF no período de maio/1998 a dezembro/2013.** [s.l.] Universidade Federal Fluminense, 2017.
- BERTAGNOLI, M. S. F. F. **Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe.** [s.l.] Universidade 2São Paulo, 2012.
- BERTOLDO, C. F. **TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO GESTACIONAL.** [s.l.] Universidade de Minas Gerais, 2014.
- BICK, M. A. et al. Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 18, n. 4, p. 803–813, 2018.
- BONIFÁCIO, G. B. **DST, AIDS, HPV e Hepatites Virais.** SIPAT 2015: [s.n.]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/sucen/homepage/sipat-2015-2016/dst_aids_hpv_e_hepatites_virais.pdf%3E>. Acesso em: 5 jun. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996: Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.** Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9313.htm>
- BRASIL. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**Série Manuais: Manuais. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatico.pdf>.
- BRASIL. **Manual Técnico Para Diagnóstico da Infecção pelo HIV.** Brasília: [s.n.]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf>.
- BRASIL. **Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014: Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm>
- BRASIL. **Manejo do HIV na Atenção Básica**Guia para gestores. Brasília: [s.n.]. Disponível

em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/manejo-do-hiv-na-atencao-basica>>.

BRASIL. **HIV AIDS 2018 Boletim Epidemiológico**: ISSN 1517 1159. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>>.

BRASIL. **Manejo da infecção pelo HIV em adultos Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>.

CALDAS, M. A. G. et al. Perception of the nursing team on pregnancy concerning infection caused by HIV. **Rev Rene.**, v. 16, n. 1, p. 29–37, 2015.

CARVALHO, C. F. DA S.; SILVA, R. A. R. Perfil Sociodemográfico E De Saúde De Mulheres Soropositivas Em Um Pré-Natal De Alto Risco. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 292–298, 2014.

COLLINS, S. et al. **Manual de Formação sobre tratamentos para pessoas seropositivas** (G. P. de A. sobre T. de V.-P. Santos, Ed.). Lisboa: Publicações G.A.T., 2007. Disponível em: <<http://i-base.info/wp-content/uploads/2007/09/manual-Portuguese07.pdf>>.

FERREIRA JÚNIOR, O. C.; MOTTA, L. R. DA. Três décadas de diagnóstico de HIV: a experiência brasileira. In: SAÚDE, M. DA (Ed.). **Histórias de luta contra a aids: Ciência e trabalho árduo contra a aids**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 19–30.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 678–685, 2002.

FRIEDRICH, L. et al. Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. **Bol Cient Pediatr**, v. 05, n. 3, p. 81–86, 2016.

LIMA, S. S. S. DE et al. Characterization of pregnant women with HIV/AIDS admitted to a referral hospital. **SANARE, Sobral**, v. 16, n. 01, p. 45–51, 2017.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MEIRELLES, M. Q. B.; LOPES, A. K. B.; LIMA, K. C. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: Uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 40, n. 6, p. 427–434, 2016.

MOODLEY, D. et al. High HIV incidence during pregnancy: Compelling reason for repeat HIV testing. **Aids**, v. 23, n. 10, p. 1255–1259, 2009.

MUSSI-PINHATA, M. M. et al. Uso da reação em cadeia da polimerase (PCR) para o diagnóstico neonatal de infecção perinatal pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV). **J Pediatr**, v. 70, n. 6, p. 338–343, 1994.

NASSER, R.; OLIVEIRA, L. F.; PEIXOTO, S. M. **Epidemiologia da infecção pelo HIV no Brasil e déficit neurocognitivo associado ao HIV**. Disponível em:

<<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=3355>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

PINHEIRO, P. **Exame De Hiv – Janela Imunológica, Teste Rápido e Elisa**. Disponível em: <<https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/sorologia-hiv>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PONTES, A. D. M. **Evidências empíricas de um modelo teórico para explicar a noopsicossomática em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. [s.l.] Universidade Federal da Paraíba, 2012.

RIBEIRO, D. T.; DIAZ, C. Gestante Portadora Do Hiv: Relato de uma experiência. **Disciplinarum Scientia**, v. 2, n. 1, p. 113–124, 2001.

ROCHA, M. DA. **Perfil epidemiológico de gestantes com infecção por HIV em Campo Grande, Mato Grosso do Sul**. [s.l.] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2018.

ROMANELLI, R. M. D. C. et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 6, n. 3, p. 329–334, 2006.

SANTOS, R. C. S. DOS; SOUZA, M. J. A. DE. HIV na gestação. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 2, n. 2, p. 11–24, 2012.

SERPEJANTE, C. **Sintomas de HIV: conheça as diferentes fases da doença**. Disponível em: <<https://www.minhavidacom.br/saude/materias/18876-sintomas-de-hiv-conheca-as-diferentes-fases-da-doenca-1/7>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SESAP. **Boletim Epidemiológico: IST, AIDS e Hepatites Virais**. Natal: Coordenadoria de Promoção a Saúde - Programa Estadual IST/AIDS e Hepatites Virais do Rio Grande do Norte, 2016. Disponível em: <<http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000174419.PDF>>.

SILVA, C. M. DA et al. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 613–621, 2018.

SOUZA, C. **Carga Viral e transmissão: uma ficha informativa para as pessoas com HIV**. Disponível em: <<https://soropositivo.org/2015/09/19/carga-viral-e-transmissao-uma-ficha-informativa-para-as-pessoas-com-hiv/%0AA>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SOUZA, F. L. P. DE et al. Sentimentos e significados: HIV na impossibilidade de amamentar. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. e241854, p. 1–7, 2019.

UNAIDS. **Gabarito: desafio UNAIDS**. Disponível em: <https://unaidsonline.org.br/wp-content/uploads/2017/11/gabarito_desafio_unaids.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

VERONESI-FOCACCIA. **Tratado de Infectologia**. 5. ed. rev ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

VITORIA, M. **Notícias**. Disponível em: <<http://www.giv.org.br/Noticias/noticia.php?codigo=1034#targetText=Em um estudo publicado no,que pessoas HIV%2B sem malária.>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, **André de Macêdo Medeiros**, professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**Número de notificações em Mossoró/RN de gestantes convivendo com HIV/AIDS**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos bancos de dados **SINAN do DATASUS**, a fim de obtenção dos objetivos previstos, de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos sistemas de informação, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

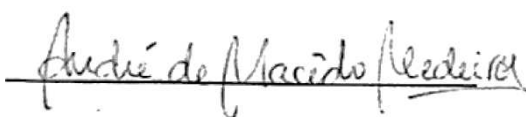
Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do comitê de ética.

A partir das informações acima, informa a necessidade de dispensa do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados censitários obtidos a partir de banco de dados coletados por órgãos governamentais.

Esclareço ainda que os dados coletados farão parte dos estudos da aluna **Cláudia Justino de Oliveira**, discente de **graduação em Farmácia** da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), sob minha orientação.

Mossoró-RN, 09 de maio de 2019.



Assinatura do pesquisador responsável

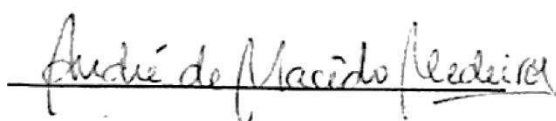
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 510/2016 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa intitulada "**Número de notificações em Mossoró/RN de gestantes convivendo com HIV/AIDS**".

Comprometo-me a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes como previsto no cronograma de execução, sendo estes favoráveis ou não, e que será publicado e divulgado nos órgãos de coleta de dados como retorno da investigação à sociedade.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

Mossoró-RN, 09 de maio de 2019



Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS

- FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV +		Nº			
Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		GESTANTE HIV			
	3	Código (CID10)	Data da Notificação				
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código			
	7	Data do Diagnóstico					
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	
Dados de Residência	13	Raça/Cor					
	14	Escolaridade					
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe		
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		
Dados Complementares do Caso	19	Distrito					
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida, ...)	Código		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	30	Pais (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação						
	32 Evidência laboratorial do HIV:						
33 Fez/ Faz pré-natal							
34 UF							
35 Município de realização do Pré-Natal							
36 Unidade de realização do pré-natal:							
37 Nº da Gestante no SISPRENATAL							
38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia							
39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia							
Parto							
Dados Parto	40	UF	41	Município do local do parto	Código (IBGE)		
	42	Local de realização do parto:			Código		
	43	Data do parto:		44	Tipo de parto		
	45	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		46	Evolução da gravidez:		
	47	Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura		
	Gestante HIV +		Sinan NET		SVS 17/07/2006		