



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AMANDA CANTANHEDE BEZERRA DE CAMPOS ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS AO HIV E SEUS
RECÉM NASCIDOS**

BELÉM-PA

2019

AMANDA CANTANHEDE BEZERRA DE CAMPOS ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS AO HIV E SEUS
RECÉM NASCIDOS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – PPGENF/ICS/UFGPA como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas em Saúde no Contexto Amazônico

Orientadora: Prof^ª Dra. Eliete da Cunha Araújo

Co-Orientadora: Prof^ª Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima

BELÉM-PA

2019

AMANDA CANTANHEDE BEZERRA DE CAMPOS ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS AO HIV E SEUS
RECÉM NASCIDOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – PPGENF/ICS/UFPA como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas em Saúde no Contexto Amazônico

Orientadora: Prof^ª Dra. Eliete da Cunha Araújo

Co-Orientadora: Prof^ª Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima

Aprovado em: 07/05/2019

Banca Examinadora:

Prof.^ª Dra. Eliete da Cunha Araújo – UFPA – ICS/PPGENF – Presidente

Prof.^ª Dra. Dirce Nascimento Pinheiro – UFPA – ICS/PPGENF – Membro interno

Prof.^ª Dra. Jacira Nunes de Carvalho – UFPA – ICS/PPGENF – Membro interno

Prof.^ª Dra. Laelia Maria Barra Feio Brasil – UFPA- ICS/ FAMED – Membro externo

Prof.^ª Dra. Mary Elizabeth de Santana – UFPA- ICS/PPGENF – Membro interno

Belém-PA

2019

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Cristiano,

que ainda tão pequeno

mudou a minha vida e transformou

meu modo de olhar e de sentir,

para sempre.

In Memoriam: Ao meu pai, Isaias, 11 anos de saudade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por toda luz que me guiou durante este caminho.

À professora Dra. Eliete da Cunha Araújo, a qual admiro muito pela sua imensurável capacidade e inteligência, por ter me orientado na pesquisa e lutado por mim quando mais precisei da sua ajuda.

À professora Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima, por todo apoio que me proporcionou, pela paciência em momentos difíceis e por ter me co-orientadora na pesquisa.

Aos membros da banca, que me acompanharam nessa avaliação, transmitindo seus conhecimentos e sugestões sobre essa pesquisa, ajudando no meu crescimento profissional.

À UFPA e a FAENF as quais por meio do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde no contexto amazônico, oportunizou a minha formação.

À minha mãe, Maria Cecília, meu irmão, Thiago Cantanhede, meu marido, Heitor Bezerra, meu filho Cristiano Bezerra, por todo apoio e por serem a estrutura de amor e carinho fundamentais na minha existência.

Aos meus familiares e amigos, por me apoiarem e incentivarem a não desistir dos meus sonhos e aqueles que sempre estiveram intercedendo por mim, pelas minhas vitórias.

Um sonho é um desejo d'alma

N'alma adormecer

Em sonhos a vida é calma

É só desejar para ter

Tem fé no teu sonho e um dia

Teu lindo dia há de chegar

Que importa o mal que te atormenta

Se o sonho te contenta

E pode se realizar.

(David Mack, 1950)

ALMEIDA, A.C.B. de C. Perfil Epidemiológico de Gestantes Soropositivas ao HIV e seus Recém-nascidos. 2019. 65 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Belém do Pará: UFPA, 2019.

Orientadora: Prof. Dra. Eliete da Cunha Araújo.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

RESUMO

Introdução: A maternidade, no contexto da epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é marcada pelos desafios do enfrentamento de uma doença crônica e estigmatizante e pelo temor da transmissão vertical (TV). Há um aumento crescente de mulheres infectadas pelo HIV sendo a grande maioria infectada em faixa etária reprodutiva. Concomitantemente, muitas dessas mulheres têm seu diagnóstico durante o período gestacional, caso não tenham um acompanhamento de qualidade podem aumentar as chances de ocorrer a TV. **Objetivo:** Caracterizar o perfil epidemiológico e sociodemográfico de gestantes soropositivas para o HIV e seus recém-nascidos (RN) em Belém/Pará no período de 2007 a 2016. **Casística e método:** Estudo retrospectivo de natureza quantitativa, abrangendo uma amostra composta por 802 gestantes soropositivas para o HIV e 210 de seus recém-nascidos, de Belém (Pará), no período de 2007 a 2016. A fonte de dados foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados pela Secretaria do Estado de Saúde do Pará (SESPA) e a análise foi realizada por meio de estatística descritiva e analítica. **Resultados:** Houve 802 gestantes e 210 recém-nascidos nos dez anos estudado. Obteve-se um aumento de 52,2% no número de casos de gestantes soropositivas para o HIV durante os 10 anos de estudo. A maioria das gestantes estudadas (73%) estavam na faixa de 20 a 34 anos. Sendo que, 21% das gestantes eram adolescentes e 37% delas tinham apenas o ensino fundamental incompleto. O pré-natal foi realizado por 83% das pacientes. O diagnóstico de soropositividade ao HIV era conhecido em 79% delas. Cesárea de urgência foi realizada em 69% das gestantes. A terapia antirretroviral (TARV) foi realizada em 76% das pacientes durante a gestação e 69% durante o parto. TARV foi realizada em 83% dos RN nas primeiras 24 horas de vida. **Conclusões:** O desafio da prevenção da TV ainda persiste, apesar do árduo trabalho desenvolvido e de várias medidas implantadas pelo Ministério da Saúde (MS). Muitos obstáculos como a baixa escolaridade, baixa qualidade do pré-natal, além do não uso da TARV durante a gestação, no momento do parto e após o parto no RN exposto, aumentam as chances de TV. Porém, esses desafios podem ser vencidos a partir de um esforço hercúleo e conjunto de profissionais de saúde, gestores e governantes. Falhas no acompanhamento da gestação, do parto e sobre o recém-nascido, apontam para a necessidade de melhorias na assistência. Portanto, maiores esforços e investimentos se fazem necessários para garantir o nascimento de bebês saudáveis de mães soropositivas para o HIV.

Descritores: VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA, GESTANTE, RECÉM-NASCIDO

ALMEIDA, A.C.B. de C. Epidemiological profile of HIV-positive pregnant women and their newborns. Postgraduate in Nursing from the Health Sciences Institute of the Federal University of Pará. Pará. Belém do Pará: UFPA, 2019.

Advisor: Prof. Dr. Eliete da Cunha Araújo.

Research Line: Health Policies in the Nursing Care of the Amazonian Nursing

ABSTRACT

Introduction: The Human Immunodeficiency Virus epidemic during motherhood brings out many challenges to the mother, such as facing a chronic and stigmatized disease and the risk of vertical transmission. The amount of women infected with HIV has been increasing and the majority were women in their reproductive years. Concomitantly many women were diagnosed in the gestational period. The lack of quality in the prenatal increases the chances of vertical transmission. **Objective:** To characterize the epidemiological and sociodemographic profile of seropositive pregnant women for HIV and their newborns in Belém / Pará from 2007 to 2016. **Case study and method:** A retrospective quantitative study covering a sample composed of 802 pregnant women seropositive for HIV and 210 of their newborns in Belém (Pará), from 2007 to 2016. The data source is the Information System for Notification Diseases provided by the Pará State Secretary of Health and the analysis performed through descriptive and analytical statistics. **Results:** In ten years, there have been 802 pregnant women and 210 newborns. The number of HIV-positive pregnant women increased 52.2% during the 10-year study. Most of the pregnant women studied (73%) were in the 20 to 34 age group. Twenty-one percent of the pregnant women were teenagers and 37% of them had incomplete elementary education. Prenatal care was performed by 83% of the patients. The diagnosis of HIV was known in 79% of them. Cesarean section was performed in 69% of pregnant women. Antiretroviral therapy was performed in 76% of the patients during gestational period and 69% during delivery. Antiretroviral therapy was performed in 83% of the new born in the first 24 hours of life. **Conclusions:** The challenge of preventing vertical transmission persists, despite the hard work developed and several measures implemented by the Ministry of Health. Many obstacles, such as low education level, low quality of prenatal care, and the non-use of antiretroviral therapy during pregnancy, at delivery and after delivery in exposed infants, increase vertical transmission chances. However, these challenges can be overcome through a herculean and joint effort of health professionals, managers and government officials. Failures in the monitoring of gestation, delivery and the newborn, point to the need for improvements in care. Therefore, greater efforts and investments are needed to ensure the birth of healthy babies from HIV-positive mothers.

Keywords: HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, PREGNANT, NEWBORN

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Caracterização do Perfil sociodemográfico de gestantes HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.	38
Tabela 2	Caracterização do Perfil epidemiológico de gestantes HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.	41
Tabela 3	Distribuição do Início da TARV no RN de mãe HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.	45
Gráfico 1	Distribuição de gestantes soropositivas para o HIV em Belém/PA no período de 2007 a 2016.	37
Gráfico 2	Distribuição de Faixa etária de gestantes HIV+ por ano de diagnóstico em Belém/PA no período de 2007 a 2016.	39
Gráfico 3	Distribuição de Escolaridade de gestantes HIV+ por ano de diagnóstico em Belém/PA no período de 2007 a 2016.	40
Gráfico 4	Distribuição do Momento do diagnóstico de gestantes soropositivas ao HIV+ por ano de diagnóstico em Belém/PA no período de 2007 a 2016.....	42
Gráfico 5	Realização da TARV durante a gestação e no momento do parto em Belém/PA no período de 2007 a 2016.	43
Gráfico 6	Distribuição do RN de mãe HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.....	44
Gráfico 7	Distribuição do início da TARV no RN de mãe HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA-	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS
AIDS-	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
CEP-	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DNA-	ÁCIDO DESOXIRRIBONUCLEICO
EUA-	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
HIV-	VÍRUS DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA
HSH-	HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS
IBGE-	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDH-	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
IST-	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
MS-	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS-	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU-	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
RN-	RECÉM-NASCIDO
SUS-	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TARV-	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
TV-	TRANSMISSÃO VERTICAL
UNAIDS-	PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV / AIDS
UNICEF-	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	PROBLEMA.....	16
1.2	HIPÓTESE.....	16
1.3	QUESTÃO DE PESQUISA.....	16
1.4	JUSTIFICATIVA.....	16
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	GERAL.....	17
2.2	ESPECÍFICO.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	HISTÓRIA DO HIV/AIDS, A EPIDEMIA NA ÁFRICA E O INÍCIO DA EPIDEMIA NO BRASIL.....	18
3.2	META 90-90-90.....	20
3.3	FEMINILIZAÇÃO DA EPIDEMIA E FATORES CAUSAIS PARA INFECÇÃO NA MULHER.....	24
3.4	TRANSMISSÃO MATERNO INFANTIL.....	26
3.5	A INCIDÊNCIA DO HIV EM MULHERES E DE CRIANÇAS INFECTADAS POR TRANSMISSÃO VERTICAL.....	27
3.6	A DUALIDADE DE SER MÃE SOROPOSITIVA PARA O HIV.....	28
3.7	AS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NO COMBATE O HIV/AIDS, A PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV E A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NA GESTAÇÃO.....	31
3.8	PRÉ-NATAL NA GESTANTE SOROPOSITIVA PARA O HIV.....	32
3.9	O CUIDADO DE ENFERMAGEM A GESTANTE SOROPOSITIVA PARA O HIV.....	32
4	MÉTODO.....	35
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2	POPULAÇÃO ESTUDADA.....	35
4.3	CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA.....	36
4.4	COLETA DE DADOS.....	36
4.5	VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	36
4.5.1	Da Gestante HIV+.....	36

4.5.2	De RN.....	36
4.6	PROCEDIMENTO PARA ANALISE DOS DADOS.....	36
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5	RESULTADOS.....	37
6	DISCUSSÃO.....	46
7	CONCLUSÃO.....	51
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	56
	ANEXO – A: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAM.....	64
	APÊNDICE- A: QUESTIONÁRIO.....	65

1 INTRODUÇÃO

No contexto da saúde pública, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se constitui um grave problema de saúde, de caráter pandêmico, com evolução letal e para o qual ainda não existe cura ou vacina. Porém, o avanço da tecnologia em relação à saúde tem progredido, possibilitando tratamento mais eficaz que permite melhor qualidade de sobrevivida. Ainda assim, a infecção pelo HIV é rodeada por mitos, preconceitos sociais e morais, que geralmente afetam o aspecto psicológico, as relações afetivas, familiares, profissionais e sociais do paciente soropositivo para o HIV. A Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) é a doença infecciosa de maior mortalidade no mundo. O HIV é um vírus que infecta o sistema imunológico e altera o ácido desoxirribonucleico (DNA) inserindo seu próprio código. Aproximadamente 75 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo, sendo que 39 milhões já foram a óbito desde o início da epidemia, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU). A partir da evolução do tratamento, a sobrevivida dos pacientes cresceu e a HIV/AIDS passou a ser considerada uma doença crônica (NASCIMENTO et al., 2013; PEREIRA et al., 2012).

Estima-se que, por ano, no Reino Unido, ocorram 6 mil casos novos de infectados pelo HIV e na África 7 milhões. A Alemanha apresenta patamares menores que os de outros países da Europa quanto à epidemia de HIV. No final de 2012, cerca de 80 mil pessoas foram afetadas pela infecção, de modo que a prevalência atingiu <0,1%. Desde 2000, o número de pessoas recém-infectadas aumentou, mas nivelou com cerca de 3.000 novos casos por ano desde 2007, sendo que em 2013 foram 3.263 novos casos. Estima-se que, nos Estados Unidos da América (EUA), por ano, 6.000 mulheres que vivem com o HIV ficam grávidas. As taxas de transmissão do HIV da mãe para o recém-nascido (RN) podem ser reduzidas para menos de 2% com as seguintes estratégias: nascimento por cesariana programada quando indicada; administração profilática com a terapia antirretroviral (TARV) e o não aleitamento materno. Sem a aplicação dessas estratégias, a taxa de transmissão é de aproximadamente 25% (JACOB et al., 2016; JOGNN, 2012).

Conforme Trevisol et al. (2011), a África e a Ásia são os continentes que concentram as maiores taxas de prevalência e incidência da infecção pelo HIV e ainda, na África do Sul, há um aumento constante das taxas de mortalidade materna e perinatal. Por sua vez, a América Latina ocupa a terceira posição nesse ranking dos continentes (NGXONGO et al., 2016).

Em 2014, segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2014), houve uma diminuição no mundo de 27% da taxa de infectados pelo HIV, no entanto, no Brasil, segundo, Contim et al. (2015), houve um aumento de 11% dos acometidos, isto entre os anos de 2005 e 2013. O HIV/AIDS é conhecido popularmente pela realidade de homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, porém, com o tempo, esse contexto foi mudando, dando lugar ao grupo de mulheres em idade fértil infectadas pelo HIV, gerando consequências para seus filhos através da transmissão vertical (TV) (TREVISOL et al., 2011).

Segundo Gonçalves et al. (2012), em 2009, a razão entre os sexos chegou a 1,6 caso em homens para cada caso entre mulheres. Durante o período 2002-2012, mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS foram registradas pelo Departamento de Informática da Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 83% delas na faixa etária reprodutiva. Dados epidemiológicos revelam que de 2000 a 2006; 99.804 casos notificados de gestantes HIV+ no Brasil e que apenas na região Norte foram contabilizados 7,4%. Sendo que, em 2015 esta proporção foi ainda mais alarmante, com 7.901 casos no país apresentando 11,8% na região Norte (COSTA; SILVA; MEDEIROS, 2015).

Ocorreu um aumento crescente de mulheres infectadas pelo HIV sendo a grande maioria acometida em faixa etária reprodutiva. Em 2016 detectou-se 17,8 milhões de mulheres em idade de 15 anos ou mais vivendo com HIV e menores de 15 anos representam uma parcela de 2,1 milhões de infectados. Concomitantemente, muitas dessas mulheres descobrem que são HIV positivas durante o período gestacional, caso não tenham um acompanhamento de qualidade podem aumentar as chances da TV ocorrer, disseminando assim, cada vez mais, a patologia e portando, aumentado a prevalência do HIV/AIDS também em crianças, entre elas, meninas. A TV pode ocorrer intraparto, pós-parto e durante o aleitamento materno (FARIA et al., 2014).

Segundo Menezes et al. (2018) atualmente, o HIV se expandiu no cenário juvenil, com um grande número de mulheres infectadas, oferecendo risco de TV em uma gravidez não planejada. As adolescentes grávidas HIV+ são um grupo vulnerável, visto que, geralmente iniciam a vida sexual de forma precoce, sem a utilização de preservativos de barreira, estando suscetíveis a contaminar outras pessoas e principalmente seus filhos. No Brasil, o programa de acesso universal à TARV, a oferta do teste anti-HIV com aconselhamento durante a gestação, a possibilidade da monitorização da carga viral do HIV e da contagem de células CD4, assim

como o acesso a serviços especializados, tiveram grande impacto sobre a redução da TV e sobre a qualidade de vida dos pacientes infectados (BRASIL, 2017).

Uma gestante infectada pelo HIV/AIDS lida com diversos desafios, além do enfrentamento da doença crônica, ainda perpassa por sentimentos como a ansiedade, aflição, medo e culpa diante da possibilidade de transmitir o vírus para o bebê. Esta por sua vez, não é uma preocupação particular da mãe, mas sim comum às famílias e aos profissionais de saúde. Para a prevenção da transmissão materno-infantil é necessário a tomada de várias atitudes que dependem de diversos fatores que envolvem tanto as famílias como a equipe de saúde, o que se soma também a readaptação na rotina e nos papéis dentro da família (BERTAGNOLI, 2012).

A maternidade no contexto do HIV/AIDS implica uma série de cuidados e procedimentos específicos. A sobrecarga psicológica que ocorre devido ao preconceito histórico relacionado à epidemia e ao estigma social, desencadeia degradação física e moral proporcionando assim um isolamento e a exclusão social dos pacientes soropositivos para o HIV. Concomitantemente, está associada a dificuldades sociais, econômicas, familiares e emocionais. Geralmente há falta de apoio social para essas mulheres em idade reprodutiva, além disso, muitas delas possuem depressão, fazem uso de drogas, sofrem violência, e têm dificuldades de negociar práticas seguras, como o uso de camisinha nas relações. Essas mulheres se afastam dos seus empregos e de suas atividades ao lidarem com a doença, e, portanto, tendem a se isolar, evitando pedir ajuda o que demonstra o forte impacto em suas relações. Muitas vezes, estas têm vergonha de anunciarem o seu diagnóstico e possuem medo de não serem aceitas pela família, pensam que serão abandonadas e ficarão sozinhas. Por esse motivo, não procuram fontes de apoio social e permanecem isoladas temendo ser uma vergonha para seus familiares e rejeitadas pela sociedade como um todo. Nesse contexto, a família é a principal fonte de apoio emocional e financeiro para o indivíduo doente, e as relações familiares precisam mobilizar-se em torno da situação (BERTAGNOLI, 2012; FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Desta forma, para o enfrentamento da doença ocorrer de forma mais positiva é necessário o apoio dos amigos e principalmente dos familiares; este apoio será, portanto, um fator atenuador do impacto negativo da infecção, considerando um recurso capaz de auxiliar na adaptação ao processo de doença além de proporcionar menor possibilidade de depressão e sentimentos de solidão. A família e o apoio social são estruturas centrais na vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, seja no apoio emocional, seja durante a revelação do diagnóstico, seja

durante o tratamento. Em especial, a resposta ao familiar infectado parece ser fundamental para o bem-estar e a saúde mental do indivíduo soropositivo para o HIV (FARIA et al., 2011).

1.1 PROBLEMA

A feminilização da epidemia da HIV/AIDS tem ocorrido no Brasil, assim como em várias partes no mundo. Dentre as mulheres soropositivas, muitas são infectadas durante a idade fértil e, frequentemente, são diagnosticadas durante o pré-natal. Para que haja a elaboração de políticas públicas e intervenção do governo com medidas e sanções capazes de solucionar problemas e mazelas de caráter social, econômico e político, faz-se necessário saber a real situação em que se encontra a população, por meio de pesquisas e instrumentos que acompanhem os órgãos competentes.

1.2 HIPÓTESE

Acredita-se que grande parte dessas mulheres se encontram em situação de grande vulnerabilidade, isto é, adolescentes com baixa escolaridade que vivem em circunstâncias de extrema pobreza. Portanto, não possuem educação sexual suficiente para se protegerem da doença. Além disso, como muitas vivem em situação vulnerável e dependem economicamente de seus parceiros, não exigem o uso de preservativo de barreira, bem como por temerem atos de violência. Por conseguinte, mesmo essas gestantes soropositivas para o HIV possuem o acesso aos programas de saúde, grande parte delas possivelmente não realizam um pré-natal adequado, ainda mais pelo fato de muitas ocultarem o diagnóstico e os fármacos para família e o cônjuge. Devido a isso, possuem dificuldades para seguir as medidas profiláticas as quais mitigam os riscos de ocorrer a TV.

1.3 QUESTÃO DE PESQUISA

Qual é o perfil epidemiológico e sociodemográfico de gestantes soropositivas para o HIV e seus recém-nascidos em Belém do Pará?

1.4 JUSTIFICATIVA

O presente estudo poderá contribuir para aprofundar o conhecimento sobre o tema e, assim, subsidiar os agentes das três esferas de saúde (municipal, estadual e federal) no sentido de direcionar políticas públicas que contribuam para o melhor manejo da patologia.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar o perfil epidemiológico e sociodemográfico de gestantes soropositivas para o HIV e seus RN em Belém/Pará no período de 2007 a 2016.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Distribuição da frequência por ano de diagnóstico de gestantes HIV+
- b) Perfil Sociodemográfico de gestantes HIV+
- c) Perfil Epidemiológico de gestantes HIV+
- d) Distribuição da frequência por ano de diagnóstico de RN de mãe HIV+
- e) Início da TARV de RN de mãe HIV+

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HISTÓRIA DO HIV/AIDS, A EPIDEMIA NA ÁFRICA E O INÍCIO DA EPIDEMIA NO BRASIL

Os primeiros relatos sobre a HIV/AIDS, surgiram nos EUA em 1981 a partir de vários casos de Sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis Carinii* notificados em homens que fazem sexo com homens (HSH). Em 1983 surgiu o primeiro teste de identificação da AIDS, em 1985 o nome HIV é adotado e em 1987 a primeira droga a ser usada como tratamento foi a Zidovudina. Posteriormente, soube-se então que o HIV pode ser transmitido através de relações sexuais desprotegidas com soropositivos para o HIV, transfusão sanguínea e grávidas HIV+, através da gestação e aleitamento materno. A partir dessas descobertas, foram sendo desenvolvidos potentes esquemas terapêuticos antirretrovirais. Conseqüentemente com o tempo, houve uma grande redução na morbidade e letalidade das pessoas infectadas e a patologia passou a ser vista como crônica. Desde a década de 80, os casos de HIV/AIDS no mundo eram descritos inicialmente como a “peste gay”, já que, no primeiro momento a epidemia atingia, principalmente HSH (ROSSI, 2012; PAULA; LAGO, 2013).

A região mais afetada pela epidemia HIV/AIDS, é a África (especialmente a região subsaariana) aonde acontece também um grande número de conflitos armados. Sobre a África Subsaariana é uma região que contém os países africanos situados ao sul do deserto do Saara, sendo considerada por muitos como a região mais pobre do planeta, com grandes problemas estruturais sofrendo os graves legados do colonialismo, do neocolonialismo, dos conflitos étnicos e da instabilidade política. A expectativa de vida não ultrapassa os 47 anos, o índice de alfabetização de adultos atinge 63%, e o nível de escolaridade chega a 44%. Sendo assim, a África Subsaariana tem enfrentado dificuldades para se desenvolver, representando uma região com sérios problemas de saúde pública, problemas na gestão e administração pública. Nesta região, todos os indicadores de educação e saúde encontram-se em último lugar (BASTOS, 2007; MITANO; VENTURA; PALHA, 2016).

Sobre os sistemas de saúde na África, são frágeis e apresentam déficit da força de trabalho, prestando precários serviços, informações e artigos hospitalares. Também há acentuada desigualdade dentro da região o que corrobora para o acesso e atendimento entre os considerados ricos e pobres seja também distinto. Nesse contexto, a Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde afirma que as forças de ordem sociopolítica e econômica

determinam as condições em que as pessoas vivem e morrem e como elas podem acessar os serviços de saúde. Além disso, como o HIV/AIDS é uma doença que abre espaço para que velhas e novas patologias surjam. A falta de medicamentos básicos e cuidados pós-natais facilita para que novas variações (“strains”) do HIV possam se desenvolver caso a epidemia não seja controlada (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016; CEPALUNI; SHIMABUKURO, 2006).

Na África subsaariana, são encontradas as maiores taxas de infecção pelo HIV, através da transmissão heterossexual, grande incidência da doença ocorre em mulheres em idade reprodutiva e devido a isso a TV vem aumentando, além do mais, o aleitamento materno nesta região é muito mais frequente do que nos países industrializados. Portanto, esta região continua sendo a mais atingida pela epidemia do HIV/AIDS (BRASIL, 2002; FRIEDRICH, 2016); MARTINS et al., 2014).

Entre as infecções em crianças menores de 15 anos, 90% ocorrem através de TV e 90% destas ocorrem na África Subsaariana. A África Subsaariana apresenta a maior epidemia mundial de HIV, contando com 91% das novas infecções entre crianças menores de 15 anos. Esta região também engloba 86% das crianças vivendo com o HIV, e a maioria dos óbitos por AIDS em crianças no mundo. Estima-se que 1,4 milhão de gestantes vivam com HIV no mundo, sendo que 90% delas estão em 19 países na África Subsaariana e na Índia (FRIEDRICH, 2016).

Portanto, alguns dos países mais intensamente atingidos na África subsaariana irão enfrentar um distúrbio demográfico por causa do HIV e de doenças associadas que mitigaram a expectativa de vida para cerca de 30 anos e levaram a óbito aproximadamente um quarto de suas populações durante uma década ou menos, produzindo grande legião de órfãos. Cerca de 42 milhões de crianças em 27 países ficarão sem a mãe, o pai ou ambos por causa do HIV/AIDS, em 2010; 19 dos países mais afetados estarão na África subsaariana (CEPALUNI; SHIMABUKURO, 2006).

No Brasil, na década de 90, as taxas de mortalidade eram cerca de 11 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2000, esse quantitativo se estabilizou em 6,4 mortes. Atualmente, apesar do declínio de pessoas soropositivas para o HIV, ocorre uma tendência a feminilização da doença. Além disso, passados mais de 30 anos da descoberta HIV e a despeito da tendência a estabilização da epidemia no Brasil, ainda se considera a AIDS como uma pandemia (PAULA; LAGO, 2013; TREVISOL et al., 2011).

Em 2002, de 6 milhões de pessoas soropositivas para o HIV que viviam em países em desenvolvimento que necessitam de TARV apenas 4% tinham acesso e a outra metade que não tinha acesso estavam no Brasil. Em consequência de muitos esforços, esse acesso à terapêutica medicamentosa aumentou para 23%. O Brasil atualmente, possui no SUS, um programa nacional de acesso gratuito, organizado nos três níveis (municipal, estadual e federal) que trata de doenças sexualmente transmissíveis e, portanto, permite o acesso às medicações antirretrovirais (ARV) e aos exames laboratoriais sem custo (LAZZAROTTO; DERESZ; SPRINZ, 2011).

Do período de 1980 a 2006, segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS), foram notificados 433.067 casos de HIV/AIDS, passando de 0,4 casos em 1985 para 18 em 100.000 habitantes no ano de 2005. No Brasil, essa taxa tem se mantido elevada, principalmente em relação ao número de casos entre as mulheres. Atualmente, há aproximadamente 600 mil pessoas acometidas pelo HIV, desde 2000 este número se mantém estável. Em 2010, o HIV, completou 30 anos da primeira notificação de caso de HIV/AIDS no Brasil (LAZZAROTTO; DERESZ; SPRINZ, 2011).

As regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo eram as mais atingidas pela epidemia da HIV/AIDS na década de 1980. Grande parte dos casos caracterizavam-se como sendo homens com alto nível socioeconômico que tinham práticas homo/bissexuais, além de portadores de hemofilia ou receptores de sangue. Nos anos de 1990, uma década depois, foi verificado uma transição do perfil epidemiológico no país em relação ao HIV/AIDS, no que diz respeito à interiorização, heterossexualização, pauperização e feminilização. A interiorização por exemplo, em relação ao HIV/AIDS é resultante do crescimento do número de pessoas infectadas e da expansão da área de abrangência da epidemia para municípios de pequeno e médio porte. No entanto, a incidência e prevalência de casos em municípios pequenos ainda não pode ser equiparado com a epidemia nos grandes centros urbanos e capitais (TREVISOL et al., 2011).

3.2 META 90-90-90

A meta 90-90-90, foi estabelecida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS (UNAIDS), a fim de controlar a epidemia até 2020. Cerca de 39 milhões de pessoas no mundo, até 2015, foram a óbito devido a epidemia da HIV/AIDS. É certo que apesar de muitas estratégias terem sido desenvolvidas, seria impossível erradicar a epidemia sem a

disponibilização do tratamento para HIV. Enquanto as metas anteriores buscavam conseguir progresso gradativo na resposta à epidemia, a nova proposta das ONU pós-2015 veio para estabelecer o fim da epidemia até o ano de 2030. Esta meta alcançável, se trata de 90% de todo quantitativo de pessoas soropositivas para o HIV serem diagnosticadas, 90% de todas pessoas soropositivas que sabem que convivem com o vírus receberem a TARV ininterruptamente e 90% de todas as pessoas recebendo a TARV terão supressão viral, isto tudo até o ano de 2020. Quando esta meta tríplice for finalmente alcançada, 73% de todas as pessoas soropositivas terão o vírus suprimido. Se realmente essas metas forem atingidas em 2020, em 2030 ocorrerá o fim da epidemia. Para isso é importante haver esforços para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social, de modo também a fortalecer as formas de profilaxia da doença (UNAIDS, 2015).

Extinguir a epidemia da HIV/AIDS também exigirá acesso ininterrupto ao tratamento por toda a vida de dezenas de pessoas, sistemas comunitários e de saúde flexíveis e fortes a promoção e proteção dos direitos humanos assim como, mecanismos autossustentáveis de financiamento capazes de conservar programas de tratamento durante toda a vida das pessoas soropositivas, até chegar o momento em que a cura ou maneiras muito mais simples de tratamento estejam disponíveis; desta forma, o tratamento do paciente HIV+ pode normalizar a sobrevivência dessas pessoas. Entre 2000 e 2002 a expectativa de vida de pessoas soropositivas para o HIV era de mais 8 anos; entre 2003 e 2006 mais de 36 anos; entre 2006 e 2007 mais de 51 anos; em 2010 mais de 55 anos e até 2030 espera-se que essa expectativa seja mais de 60 anos. Este é o impacto previsto do tratamento do paciente HIV+ sobre a sobrevivência de uma pessoa com 20 anos de idade vivendo com HIV em um contexto de renda alta (UNAIDS, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) citou evidências crescentes sobre a ocorrência de benefícios clínicos quando o tratamento ocorre logo no início da doença, isto é, quando ela é diagnosticada assim que o paciente é acometido com 350 a 500 células/mm³. Este tratamento imediato tem maiores chances de promover: 51% menos chance de ser diagnosticado com tuberculose; 27% menos chance de sofrer um evento clínico grave e 36% menos chance de sofrer um evento clínico definidor de HIV/AIDS. Vale ressaltar que devido a ampliação contínua dos serviços de tratamento houve um declínio abrupto nos óbitos relacionados à HIV/AIDS nos países de renda baixa e média, além do aumento da expectativa de vida (WHO, 2013).

Enquanto ferramenta de precaução, a terapêutica do HIV deve ser avaliada como um elemento crítico de um pacto de estratégias baseadas em evidências (conhecida como ‘prevenção combinada’). Isto é, TARV imediata para o portador e o parceiro soropositivos, circuncisão masculina e profilaxia oral pré-exposição com os fármacos tenofovir/entricitabina. Esta profilaxia precoce traz benefícios tanto a saúde como para a economia do país. Prevê-se que se a intensificação rápida do tratamento do paciente HIV+ alcançasse todas as pessoas soropositivas evitaria 3,3 milhões de novas infecções por HIV. Por exemplo, na África do Sul até 2050 a economia seria de US\$30 bilhões (MONTANER et al., 2014).

No ano de 2013, no mundo, cerca de 37% dos adultos vivendo com HIV recebiam TARV. No entanto, somente 24% das crianças soropositivas obtiveram tratamento. Uma vez que as crianças HIV+ têm 50% de chance de ir a óbito antes de completar dois anos de vida sem o tratamento, a grande falta de utilização das ferramentas de diagnóstico e tratamento concebe uma falha intensa e inaceitável na resposta ao HIV/AIDS. Estima-se que 190 mil crianças morreram de causas relacionadas ao HIV/AIDS em 2013 (WALENSKY et al., 2013). Ainda é necessário enfatizar o papel da qualidade dos serviços pois desta forma é possível potencializar a TARV além de também fortalecer a abordagem baseada em direitos humanos. Assim, a meta 90-90-90 propostas pela ONU, reflete mudanças essenciais de paradigmas nas formas de realizar a intensificação do tratamento: esta nova meta da ONU reconhece a importância de focalizar na qualidade da TARV e esclarece que a TARV não apenas aumenta a sobrevivência das pessoas soropositivas, como também previne a transmissão do vírus. Além disso, a meta prioriza a equidade pois, todas as pessoas infectadas deverão ter acesso pleno e imparcial a TARV e suas formas de profilaxia (NEWELL et al., 2004; UNAIDS, 2015).

O HIV alcança muito mais as populações-chave que a população de adultos em geral. Isto é, em 2014, usuários de drogas injetáveis, por exemplo, tinham 28 vezes mais chance de serem soropositivos para o HIV do que a população adulta em geral. No mundo, os HSH possuem 19 vezes mais chance de serem soropositivos do que os homens adultos em geral. Infelizmente, a exclusão dessa população está geralmente correlacionada a institucionalização de leis e políticas nacionais. Apenas por meio de serviços voltados a população em geral, não será possível alcançar a meta 90-90-90 na maior parte do mundo. Será necessário criar estratégias e abordagens direcionadas a estas populações-chave de modo que o tratamento seja alcançado, além de estabelecer investimentos em infraestrutura e a geração de esforços para a quebra de paradigmas na comunidade (NEWELL et al., 2004; MONTANER, et al., 2006; UNAIDS, 2015).

Em relação as mulheres, a prevalência do HIV em pessoas do sexo feminino que se prostituem é 13,5 vezes maior do que em mulheres em geral. Além disso, a prevalência do HIV entre mulheres transgênero é 49 vezes maior do que em adultos em idade fértil de modo geral. Apesar das populações-chave terem maiores chances de se tornarem soropositivas, frequentemente são as que tem menores chances de acesso aos serviços de saúde. Portanto, no contexto social a discriminação e o estigma principalmente dos serviços de saúde, são uma barreira para as populações-chave saberem seu estado atual de saúde e terem acesso a formas de profilaxia e tratamento que poderiam salvar suas vidas (BARAL et al., 2013).

Embora se tenha diminuído em 35% os óbitos relacionados ao HIV/AIDS no mundo, os óbitos entre adolescentes (10-19 anos) soropositivos cresceram em 50% entre os anos de 2005 e 2013. Mundialmente, o HIV/AIDS continua sendo a segunda causa de morte. É perceptível que aqueles que são soropositivos enfrentam várias barreiras em relação ao acesso e tratamento. As crianças por sua vez, aquelas recém infectadas (representando um quantitativo de 240 mil, isto apenas em 2013). Com a falta do tratamento 50% das crianças soropositivas vão a óbito antes dos 2 anos de vida (SHANNON et al.,2014).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS, ainda que conseguindo manter o progresso da prevenção da TV, prognosticam que 1,9 milhão de crianças irão necessitar de TARV em 2020. A maior prevalência de óbitos ocorre entre 2 e 3 meses de vida de RN infectados pelo HIV, sendo essencial o diagnóstico precoce. Rotineiramente, a testagem para HIV não é ofertada em programas pediátricos, o que representa uma perda importante de oportunidade para detectar crianças HIV+. Além disso, as opções de tratamento para criança são limitadas, visto que, uma grande parte da TARV aprovadas para adultos são reprovados para crianças (UNAIDS, 2015; FERGUSSON; TOMKINS, 2008).

Ainda sobre este cenário, emerge a questão que além de haver um número limitado de medicamentos para estas crianças soropositivas, os esquemas farmacológicos são muito mais complicados em relação aos adultos. Existe a necessidade urgente de ter associações em doses fixas específicas para uso pediátrico que descompliquem a administração dos fármacos e ajudem a melhorar a adesão ao tratamento. Com o propósito de melhorar as condições de tratamento infantil, a OMS direciona algumas medidas, entre elas a questão da facilidade no acesso em relação ao custo dos fármacos pediátricos. Há estratégias para a efetivação da meta 90-90-90 sobre as crianças. A ONU e outras entidades visam garantir testagem e tratamento

para 100% de RN expostos ao HIV além de eliminar novas infecções por HIV neste grupo de pessoas além de manterem suas mães vivas (HESSELING et al., 2009; UNITAID, 2014).

Desta forma, a OMS tem convocado diversos atores em esforços para otimizar as TARV de modo a ofertar esquemas simplificados de tratamento, além de estratégias para a prestação de serviços de qualidade baseados na comunidade, ampliação das ferramentas de diagnóstico, entre outros aspectos. Com toda essa abordagem, é possível vencer definitivamente a epidemia da HIV/AIDS até o ano de 2030. No entanto, é necessário elucidar ações afim de intensificar o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, pois qualquer demora irá permitir que a epidemia continue avançando. Em síntese, com o início imperativo de esforços neste cenário mundial para todos os grupos de pessoas, toda a comunidade global deve se incorporar dessa meta e se comprometer a contemplar além dos desafios o alcance dessa oportunidade histórica (UNAIDS, 2015).

3.3 FEMINILIZAÇÃO DA EPIDEMIA E FATORES CAUSAIS PARA INFECÇÃO NA MULHER

No Brasil, o HIV/AIDS afetou principalmente as mulheres o que ocasionou um fenômeno chamado de feminização da epidemia; este termo é usado para evidenciar a mudança epidemiológica que a epidemia foi sofrendo com o tempo. Grande parte dessas mulheres foram infectadas em idade fértil e, portanto, através da TV, as crianças foram constituindo um grupo crescente de acometidos pela doença (CONTIM et al., 2015).

Em relação a faixa etária, dados epidemiológicos revelam que a maior prevalência (71%) ocorre entre os 25 e 49 anos. Em decorrência disso, têm-se intensificado, cada vez mais, estratégias para a prevenção da doença entre as mulheres. O MS, considerando esta feminilização da epidemia, recomenda a efetivação do teste anti-HIV, com orientações e consentimento, para a totalidade de gestantes na primeira consulta pré-natal. Acrescenta ainda, que a sorologia para HIV, deva ser repetida, sempre que possível, no início do terceiro trimestre que gestação, visando assim a saúde materno-infantil. A testagem deve ocorrer também, no momento do parto, por meio do teste rápido (PEREIRA et al., 2012).

O preconceito social sobre o HIV está relacionado à própria origem da epidemia, a qual atingia supostamente apenas os grupos de risco (homossexuais masculinos, receptores de transfusão de produtos sanguíneos e usuários de drogas). Esta hipótese criou no subconsciente da população que a mulher que não tivesse uma vida sexual promiscua, não contrairia o vírus.

No entanto, o estudo realizado por Contim et al. (2015), revela que quase a totalidade das mulheres que participaram do estudo, disseram ter contraído a doença através dos seus parceiros fixos, sendo muitas com estado civil casada ou em união estável, o que, portanto, contradiz com o preconceito que o HIV estaria estritamente relacionado à promiscuidade feminina (CONTIM et al., 2015).

Segundo Silva (2011) durante a década de 90, as faixas etárias que concentraram os maiores percentuais de casos de HIV/AIDS em mulheres foram aquelas entre 25 e 29 anos, e entre 30 e 34 anos, ou seja, as mulheres são mais atingidas durante a idade reprodutiva. Entre 1996 e 2000, a incidência de HIV no Brasil, segundo o MS (2012), foi majoritária em mulheres na faixa de 13 a 30 anos. Este aumento do número de casos de mulheres acometidas pela doença não vem aumentando apenas em países subdesenvolvidos como a África e em países em desenvolvimento como o Brasil. Dados americanos, por exemplo, demonstram que a população feminina faz parte dos maiores índices em crescimento. Ainda sobre os EUA, em 1987, existiam 7% de casos novos em mulheres, com o aumento dessa taxa, o índice de infectadas chegou a 26% até 2001. No mundo, até o final de 2005, existiam 32% de casos de HIV em mulheres. (LUNA; SILVA, 2013; SILVA, 2011).

Sobre os fatores causais para infecção na mulher, há vários estudos que atribuem tanto a fatores biológicos como socioeconômicos de elevada vulnerabilidade ocasionando um aumento nas taxas de incidência. Quanto a questão biológica, aponta-se o mecanismo de transmissão pelo HIV, além do sêmen possui uma carga viral muito mais elevada que a secreção cervico-vaginal; o órgão reprodutor da mulher possui maior susceptibilidade ao trauma. Além disso, mulheres mais novas possuem a genitália mais “imatura” e ao manter relação com homens de mais idade, que possuem maior atividade sexual, adquirem um risco maior de exposição ao vírus. Dito isso, 94% de mulheres são infectadas por meio da transmissão heterossexual pelo parceiro HIV+ (SILVA, 2011).

Na África, hipoteticamente, acredita-se que o fato do país ter a maior prevalência de infectados pelo HIV em decorrência de transmissão heterossexual, ocorra, devido a um grande incentivo que as práticas sexuais aconteçam precocemente. Já no Brasil, a faixa etária da população feminina atingida pela HIV/AIDS é de menores de 20 anos, isto é, 32%, em que segundo a OMS é considerado um período de adolescência (NGXONGO et al., 2016).

Em 1991, sobre pessoas soropositivas para o HIV, o grau de escolaridade diferencia entre os gêneros. Conforme dados nacionais, 51% das mulheres com HIV não tinham completado o ensino fundamental, comparados a 39% dos homens na mesma condição. No ano de 2000 esse quantitativo aumentou para 67% nas mulheres e 60% nos homens. Além disso, as características socioeconômicas são associadas às condições de vulnerabilidade sobre a população feminina de países em desenvolvimento. Estudos recentes revelam, que existe uma tendência que as mulheres repetidamente não exigem o uso de preservativos para evitar casos de violência física e devido a elas economicamente dependerem de seus parceiros para viver (SANTOS et al., 2012).

Desta forma, tanto em países subdesenvolvidos, como os em desenvolvimento e desenvolvidos, o grande quantitativo de mulheres infectada pelo HIV está em situação de pouca educação e extrema pobreza. O MS, visando a redução da disseminação da HIV/AIDS entre as mulheres fez alertas educativos com medidas de prevenção como: uso de preservativo feminino, teste de HIV durante o pré-natal, teste rápido para HIV na maternidade para as gestantes sem testagem no pré-natal e recomendações sobre planejamento familiar que foram acrescentadas nas rotinas de atendimento. Essas estratégias têm como intenção ofertar um melhor atendimento à saúde dessas mulheres e, por consequência, diminuir o risco de ocorrer a TV (SILVA, 2011).

3.4 TRANSMISSÃO MATERNO INFANTIL

A TV, segundo o MS, significa a situação em que a criança é infectada pelo vírus durante a gestação, parto ou durante a amamentação pela mãe ou por outra mulher com sorologia positiva para o HIV. Em relação a esse tipo de transmissão materno-infantil, existe uma probabilidade de causar nas mães acometidas pela doença, disfunções em processos biológicos, psicológicos, emocionais e sociais chegando, frequentemente, a interromper a formação do vínculo afetivo com o filho (CONTIM et al., 2015).

As gestantes devem ter um acesso fácil aos serviços e aos profissionais de saúde. E ainda, que as consultas pré-natais tenham intervalos flexíveis, para que estas gestantes ao terem efeitos adversos devido ao uso de drogas ARV entre outras dificuldades, não interrompem o tratamento. Vale ressaltar, que o fato da gestante não poder amamentar, provoca nas puérperas sentimentos de dor e conflitos como medo, angústia, tristeza e culpa, já que, além de serem portadoras e transmissoras do vírus, ainda se deparam com a impossibilidade de aleitamento, sentindo-se inferiores quanto ao seu papel de mulher e mãe na sociedade. Sendo assim, as

mesmas devem ser acompanhadas de perto para que não desistam do tratamento além de propor outras medidas de afeto materno-infantil. Desta forma, será mais fácil, garantir que as medidas profiláticas ocorram e conseqüentemente o índice de TV seja diminuído (PEREIRA; KLEINUBING; ILHA, 2015; CONTIM et al., 2015).

Sendo assim, existem várias maneiras de se evitar a TV. O feto pode adquirir a doença, durante a gestação, o trabalho de parto, o parto, pelo contato com o sangue e/ou pela secreção vaginal e ainda pelo leite materno. Na maioria dos casos, segundo estudos realizados, a transmissão materno-infantil ocorre em 65% durante o trabalho de parto e no próprio parto, os outros 35% ocorrem intra-útero, especialmente nas últimas semanas de gestação. Já o aleitamento materno é no caso, um risco adicional que se renova a cada vez que o bebê é exposto (mamada) de 7% a 22%. A TV também é reduzida com a intervenção medicamentosa, recomenda-se o uso da zidovudina, via endovenosa iniciando o parto até o clampeamento do cordão umbilical, gestantes HIV+ que fazem o uso de ARV oral devem continuar o uso, mesmo estando em jejum e recebendo a infusão com zidovudina (NASCIMENTO et al., 2013).

3.5 A INCIDÊNCIA DO HIV EM MULHERES E DE CRIANÇAS INFECTADAS POR TRANSMISSÃO VERTICAL

Estimou-se que 39,5 milhões de pessoas no mundo, até o final de 2006, estariam infectadas pelo HIV, e dessas, mais de 17,7 milhões seriam do sexo feminino, aproximadamente 45% dessas mulheres em idade reprodutiva. No início da epidemia os homens eram os mais afetados pela doença, no entanto, vem se observando que o número de mulheres vem ultrapassando o dos homens, principalmente em países como a África, aonde a cada 10 homens soropositivos para o HIV há 14 mulheres acometidas pela doença, nesses casos uma grande parte das mulheres vivem em condições de extrema pobreza devido ao baixo nível socioeconômico e cultural. Nesse país, cerca de 59% da população infectada pelo HIV/AIDS são mulheres, com faixa etária menor de 25 anos (SILVA, 2011).

Segundo o MS (2008), no Brasil, entre 1996 e 2000, a incidência dos casos foi maior em mulheres com idade entre 13 e 30 anos, extrapolando de 8 a 10% a infecção em pessoas do sexo masculino. Em mulheres com idade acima de 30 anos, desde a década de 90, tem sido observado o número de novos casos de HIV. Mas já se sabe que em indivíduos com idade acima de 40 anos, também houve um aumento da incidência, isso ocorreu possivelmente devido ao

aumento da expectativa de vida ou tendência ao envelhecimento, o que também é uma característica da população brasileira (LUNA; SILVA, 2013).

Segundo Dartora et al. (2017) no cenário nacional, até o término de 2005, havia cerca de 32% de mulheres infectadas pelo HIV. No Brasil, em 1985 para cada novo caso em mulheres havia 27 novos casos em homens. Depois de 12 anos, em 1997, essa relação passou a ser de 2:1 e foi se aproximando até chegar, em 2003, a 1,5:1. De 1995 a 2005, houve uma diminuição do quantitativo de casos para homens em todas as faixas etárias. No sexo feminino a situação foi inversa, nesse período, houve um aumento em todas as faixas etárias, caracterizando a tendência da feminilização da epidemia. Nos países desenvolvidos também houve um aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV. Nos EUA, por exemplo, em 1985 as mulheres representavam 7% de casos novos; em 2001 esse índice chegou a 26% (LIMA; SCHRAIBER, 2013).

Segundo Contim et al. (2015), a AIDS, considerada uma pandemia mundial, não atinge somente homens e mulheres, mas também crianças devido à TV. De acordo com relatório publicado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, houve um decréscimo de 78% entre 2001 e 2013, do número de crianças nascidas com o HIV. Já no Brasil, a extensão da epidemia do HIV no sexo feminino ratifica 18.073 casos notificados de gestantes acometidas pelo HIV nos últimos 3 anos. A taxa nacional de detecção de TV foi de 2,5 por 1.000 nascidos vivos em 2013 (LANGENDORF, 2015).

No Brasil o HIV é conhecido há mais de três décadas. Em 2010, conforme registros o país tinha cerca de 592.914 casos de pessoas infectadas pelo HIV. Foram notificados, em 2009, 38.538 casos, dos quais 23.467 eram homens e 15.069 eram mulheres. A taxa de incidência entre mulheres cresceu de 0,9 casos por 100 mil em 1988, para 15,5 casos em 2009. Este número crescente de mulheres infectadas pelo HIV, é pertinente a vulnerabilidade da mulher. Como resultado, há um número expressivo de crianças contaminadas por TV (NASCIMENTO et al., 2013).

3.6 A DUALIDADE DE SER MÃE E SOROPOSITIVA PARA O HIV

Em 1985 existiam publicações, que afirmavam que mulheres com HIV, que sabiam que tinham a doença, não deveriam ter filhos. Ainda, havia uma indignação e até mesmo uma incompreensão em relação ao desejo dessa mulher soropositiva ter a vontade de gerar um filho ou até mesmo por aquelas que já chegavam grávidas no serviço de saúde. No entanto, estudos da época, não conseguiram comprovar que o HIV estivesse associado ao parto prematuro,

anomalias fetais e baixo peso ao nascer por exemplo. O que foi comprovado anos mais tarde, é que a doença ao ser descoberta no início da gravidez era mais fácil de ser controlada e além disso, as chances dos resultados da profilaxia da TV, eram maiores. Apesar de que no passado, o atendimento a mulheres com HIV pelos profissionais da área da saúde, era visto sempre como um risco de contaminação vertical (FERRAZ; PAIVA, 2015).

Segundo Ferras e Paiva, (2015), os cuidados à gestante soropositiva desde o início do ciclo gravídico, permite que a gravidez ocorra com menos riscos tanto para a mulher como para a criança, resultando em melhores resultados para o concepto e sua mãe. Estudos já revelaram, que a gravidez em uma mulher infectada pelo HIV é a base emocional e psicológica para enfrentarem a doença. Para essas genitoras, a vontade de ser mãe é superior ao fato de estarem contaminadas. É possível que haja, um significado simbólico entre essas mulheres HIV+ com o desejo de serem mães, como a possibilidade de se sentirem plenamente saudáveis já que, conseguem gerar um novo ser dentro de si (BERTAGNOLI, 2012).

Segundo relatos de mulheres acometidas pela HIV/AIDS, muitas delas não abandonam a luta contra a doença pois se tornaram mães. O fato de poder cuidar de uma criança é uma possibilidade de criar um vínculo afetivo, real e concreto, o que traz para essa soropositiva para o HIV um sentido de viver. Desta forma, a maternidade é um fator modificador para o universo feminino, avaliado como uma das principais realizações da mulher. No entanto esse planejamento em ter ou não um filho perpassa também pelo julgamento de outras pessoas que convivem com esta mulher HIV+, então, se faz necessário um acompanhamento clínico por parte das equipes de saúde para este enfrentamento (BERTAGNOLI, 2012).

Além da oportunidade desta mulher criar vínculos, há também a chance de ocorrer a TV. Mas, concomitantemente, constrói-se um vínculo conjugal, apesar de, geralmente, essas mulheres não considerarem seus parceiros os culpados pela infecção. Há casos em que o cônjuge não sabe do diagnóstico, pois, a mulher tem medo de perdê-lo. A maternidade então, se configura como uma das maneiras de se adquirir autonomia social, o que não se restringe apenas a mulheres soropositiva para o HIV (FERRAZ; PAIVA, 2015).

Então, graves impactos podem ocorrer na vida dessas mulheres que recebem o diagnóstico positivo para o HIV, principalmente quando ocorre durante a gravidez, pois a maternidade é vista como um sinal de vida e esperança o que opõem a ideia de morte relacionada a HIV/AIDS. Desta forma, a negação do diagnóstico pode ocorrer, passando essa

mulher por diversos conflitos e esforços em relação a aceitação e mobilização para o equilíbrio físico e emocional, bem como, a tentativa constante de “controlar” a doença para que a TV não ocorra (PEREIRA, KLEINUBING; ILHA; 2015).

Portanto, viver essa dualidade de ser mãe e soropositiva para o HIV é uma situação permeada por muitos receios. É viver com o medo do preconceito da sociedade, principalmente em relação aos seus filhos e familiares, temor que seus filhos fiquem órfãos e que se sejam contaminados pelo HIV. Logo, existe um sentimento de culpa por colocar o bebê em risco, o medo principalmente de infectá-lo e até mesmo que ele vá a óbito, o que difere da idealização de maternidade, na qual a mulher é capaz de gerar vida e estar em uma posição socialmente privilegiada. Nesta situação, destaca-se o ato de amamentar, ação está impossibilitada às pessoas soropositivas para o HIV. Amamentar não concerne apenas em um ato biológico, vai muito além disso, envolve diversos fatores emocionais e, gera o fortalecimento do vínculo mãe-filho entre outros aspectos (CONTIM et al., 2015).

Segundo o estudo feito por Contim et al. (2015) para mães que já passaram pela maternidade anteriormente sem ter a doença e, portanto, puderam amamentar, o fato de não poderem mais oferecer o peito se torna mais difícil ainda; há o temor de perder parcialmente o seu papel de mãe, tendo sentimento de tristeza profunda. Já as mães que não tiveram esta oportunidade anteriormente, reagem de forma mais positiva, tendo um sentimento de indiferença. Em contrapartida, há mães que apesar de não terem a vivência da amamentação, ao descobrirem que não poderão ter a experiência de amamentar, têm sentimentos negativos, se veem impossibilitadas de realizar um sonho que habita o universo feminino.

Estar grávida, ter uma doença incurável, capaz de infectar seu próprio filho e ainda lidar com o fato de não poder amamentar, naturalmente é enfrentar processos emocionais, biológicos, sociais e psicológicos, que despertam sentimento de tristeza, medo, dor, angústia e culpa. Para estas mães, amamentar é compreendido como um sonho que não faz parte da realidade delas e para aquelas que já tiveram essa vivência em gestações anteriores, a infecção pelo HIV representa uma privação de assumir o papel de mãe. Para aquelas que não tiveram essa experiência, apesar de poderem apresentar indiferença em relação ao fato, vivem com a preocupação de não transmitir a doença aos seus filhos (CONTIM et al., 2015).

3.7 AS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NO COMBATE O HIV/AIDS, A PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV E A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NA GESTAÇÃO

Traçados os objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram firmados compromissos e uma parceria global, com a finalidade de alcançar as metas traçadas para estas estratégias. Estes objetivos remetem à reflexão do papel dos serviços de saúde e dos profissionais da saúde quanto às estratégias voltadas a populações vulneráveis. Os objetivos contemplam ordenadamente: redução da fome e extrema pobreza; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente. Sendo, “combater o HIV/AIDS” o sexto objetivo definido para ser alcançado mundialmente, portanto é um dever global deter a expansão do HIV principalmente por meio da prevenção da doença (LANGENDORF, 2015).

Segundo Nascimento et al. (2013) existem diversas medidas profiláticas que devem ser acolhidas pelas mães soropositivas para o HIV durante a gestação, de modo a minimizar o risco da TV. Sendo que, essas medidas devem ser discutidas durante toda a assistência do ciclo gravídico-puerperal, assim como o acompanhamento do crescimento do feto. Além disso, esta mulher que possui sorologia positiva, ao revelar o diagnóstico para o pai do bebê, apesar de ser uma atitude difícil que necessita do apoio dos profissionais de saúde, permite que o cônjuge fique mais envolvido e disposto a não somente apoiar sua companheira, mas como também, oferecer suporte nos cuidados com a profilaxia da TV (LANGENDORF, 2015).

Desde a descoberta do HIV há 30 anos, sabe-se muito sobre a doença. Segundo registros, a TV, em países ricos, tem declinado drasticamente devido aos recursos. Já nos países pobres, aonde os recursos são poucos, existe uma luta constante em relação a TV, já que, há uma falta universal da TARV para mães e lactentes. Segundo os dados da farmacocinética, de segurança e de eficácia, no que corresponde a crianças infectadas com HIV, ocorre a falta de medicamentos mais novos, mais seguros e mais efetivos. Porém, segundo estudos, nos próximos 10 anos haverá enormes oportunidades para melhorias na prevenção e tratamento do HIV em crianças, adolescentes e adultos jovens (EVAN; RAM, 2012).

No mundo todo, atualmente, aproximadamente 35 milhões de indivíduos vivem com o HIV, e cerca de 14 milhões necessitam de TARV. Segundo, Pereira, Kleinubing e Ilha (2015)

observa-se que a adesão a TARV por mulheres gestantes sofre influência de uma série de fatores, entre eles: enfrentamento dos efeitos colaterais, o uso correto do fármaco e até mesmo o ocultamento das drogas para que as pessoas próximas não tenham conhecimento sobre a doença. Além disso, há o risco de discriminação, o pacto de silêncio e o segredo do diagnóstico na família. Então, em vista da gravidade do não cumprimento ao tratamento dessas mulheres, a saúde da criança e da própria mulher tornam-se comprometidas (RUSTAGI, 2015; PEREIRA et al., 2012).

3.8 PRÉ-NATAL NA GESTANTE SOROPOSITIVA PARA O HIV

A atenção primária, deve atender 80% das demandas de saúde segundo a OMS. A integralidade dos cuidados está correlacionada ao reconhecimento das necessidades reais da população por meio do levantamento do diagnóstico situacional. Já o cuidado referente a unidade básica de saúde, situa-se em promover, prevenir doenças ou recuperar a saúde, bem como articular as redes de cuidados de saúde para operacionalizar uma assistência de melhor qualidade (COSTA; SILVA; MEDEIROS, 2015).

De acordo com o MS, durante o pré-natal, a sorologia da sífilis e do HIV são exigências essenciais. Atualmente, uma grande parte dos diagnósticos de casos de infecção pelo HIV nas mulheres ocorrem durante a gestação, devido a esta triagem sorológica anti-HIV, o que reflete a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mas, ao mesmo tempo, contraria com as formas preventivas das infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre elas o HIV. Isto tem ocorrido principalmente no interior do país em cidades de médio e pequeno porte. Então, é de suma importância o diagnóstico precoce da doença ainda no pré-natal, pois desta forma é possível estabelecer a prevenção da TV por quimioprofilaxia. Portanto, durante o pré-natal, as mães infectadas pelo HIV devem fazer o uso correto dos ARV e serem informadas sobre o tipo de parto adequado; quanto aos riscos de transmissão da doença, além de saberem sobre a recomendação de não realizar o ato da amamentação. O enfermeiro possui um papel fundamental durante a consulta de enfermagem, sobre o esclarecimento das dúvidas e ansios dessa mãe além de proporcionar o apoio psicológico que ela necessita. (CONTIM et al., 2015).

3.9 O CUIDADO DE ENFERMAGEM A GESTANTE SOROPOSITIVA PARA O HIV

Gestantes HIV+ recebem intervenção da enfermagem desde a descoberta da gravidez. Durante a consulta de enfermagem no pré-natal, a gestante deverá ser recebida por um profissional habilitado. Este profissional, deve informar esta paciente quanto as medidas

profiláticas da TV, sobre a importância do uso de preservativos, além de esclarecimentos sobre o não aleitamento materno e a relevância do parceiro de também realizar o teste anti-HIV. Ações educativas voltadas para o grupo de gestantes HIV+ tem grande função de esclarecer dúvidas e proporcionar informações importantes para os cuidados no período gestacional e puerperal. O profissional de enfermagem tem autonomia em informar, orientar e realizar rodas de conversa observando o grau de déficit de conhecimento, podendo facilitar este aprendizado a partir de ferramentas tecnológicas de baixa densidade, como: folders, cartilhas e cartazes (LIMA et al., 2013).

Sendo assim, a equipe de enfermagem, desempenha um papel importante na luta contra a infecção pelo HIV, pois, a cronicidade da doença aumenta a probabilidade de exposição ao HIV na rotina de trabalho diário. Desta forma, os enfermeiros devem ter conhecimento suficiente, sobre infecção, fatores de risco potenciais, o que não constitui um risco de transmissão e medidas preventivas. Este conhecimento, serve também, para fornecer informações apropriadas aos pacientes além de esclarecer que a gestante HIV+ pode adotar um conjunto de medidas para que não ocorra a TV. Assim, o enfermeiro, desempenha um papel fundamental sobre a educação em saúde. A consciência sobre saúde e prevenção não só proporciona uma melhor proteção contra o HIV como também, permite uma identificação correta de situações de risco clínico. Bem como, aconselhamentos sobre saúde sexual, comportamento de risco sexual ou prevenção e transmissão de infecções transmitidas sexualmente (JACOB et al., 2016).

O enfermeiro (a) geralmente é o profissional responsável em liderar a sistematização do processo de atendimento a pessoas em diferentes situações. Porém, um único profissional não é capaz de alcançar as necessidades individuais e coletivas como um todo, logo, de desenvolver o cuidado de forma integral. Portanto, faz-se necessário articular estes cuidados com as diversas áreas do conhecimento. Evidencia-se então, a importância de uma equipe interdisciplinar monitorando mulheres grávidas com o diagnóstico de HIV. Oferecendo a estas mulheres um tratamento para a profilaxia da TV, além de um cuidado efetivo e humano. De modo que, este acompanhamento vá além da prevenção da mortalidade materna e fetal, assegurando assim, o bem-estar e promovendo uma adaptação à nova realidade e experiências dessa gravidez tão peculiar (PEREIRA; KLEINUBING; ILHA, 2015).

O enfermeiro (a) pode ser o articulador das ações, já que este profissional possui a experiência necessária para isso, de modo a desenvolver um trabalho que envolva todos os

profissionais de saúde, proporcionando assim, melhor qualidade de vida a essas mulheres, e ainda estabelecendo confiança para com a equipe, apoiando-a no atendimento dessas pacientes para a melhoria na criação de vínculo entre as duas partes envolvidas (PEREIRA; KLEINUBING; ILHA, 2015).

O modo como os profissionais de saúde acolhe e transmite as orientações tem influência direta com a forma com que as puérperas irão aderir aos cuidados e lidar com as dificuldades do reverso da amamentação, por exemplo. A questão de não amamentar, exige do enfermeiro uma assistência qualificada, capaz de oferecer um cuidado humanizado a estas mães. A enfermagem além de prestar uma orientação fidedigna e completa, deve proporcionar subsídios para o enfrentamento das principais dificuldades vivenciadas por elas. Para isso, é indispensável o reconhecimento da realidade dessas mulheres, estando disposta a ouvir e permitir que expressem seus sentimentos e dúvidas. Desta forma, será possível esclarecer e compreender os possíveis riscos à saúde da mãe e do filho, além de criar medidas que tornem mais afável a vivência dessa realidade (CONTIM et al., 2015).

Então, é importante que a enfermagem compreenda e conheça o contexto social, psicológico e cultural no qual estas mulheres estão, para que desta forma seja possível proporcionar um cuidado integral, junto a equipe interdisciplinar, de modo que, isto, faça parte das prioridades do plano assistencial, pois desta forma, fará a diferença na vida dessas pacientes, proporcionando uma assistência qualificada, tratamento igualitário, livre discriminação e rotulações. Em relação ao diagnóstico, o profissional de saúde deve também atuar, de modo a facilitar nesta revelação e fornecer ajuda no enfrentamento dessa vivência, diminuindo as dificuldades emocionais ocasionadas pelo diagnóstico do HIV+, tanto à pessoa soropositiva para o HIV como à sua família (CONTIM et al., 2015).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, retrospectivo de natureza quantitativa.

4.2 POPULAÇÃO ESTUDADA

A população do estudo constituiu-se de gestantes HIV+ e seus recém-nascidos ambos notificados a partir da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), armazenados pela Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), no período de 2007 a 2016, em Belém do Pará. A amostra foi representada pela totalidade dos casos, 802 gestantes e 210 recém-nascidos.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

Belém capital do estado do Pará, localizada na região norte do Brasil, foi fundada pelos portugueses em de 12 de janeiro de 1616. É uma cidade histórica, portuária e apresenta um clima equatorial. Possui uma área territorial de 1.059,458 km² com aproximadamente de 1.485.732 habitantes, com um Índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,746. É popularmente conhecida como ‘Cidade das Mangueiras’, devido à abundância dessas árvores em suas ruas; a culinária paraense possui grande influência indígena (IBGE, 2017).

4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos por aplicação de questionário (APÊNDICE- A) composto por questões estruturadas, formulado com base na ficha de notificação do SINAN (ANEXO- A). Obteve-se então os dados da SESPA, assinando o termo de responsabilidade (documento interno) sobre as informações. Posteriormente os dados foram agrupados dentro das cinco dimensões:

- a) Distribuição da frequência por ano de diagnóstico de gestantes HIV+
- b) Perfil Sociodemográfico de gestantes HIV+
- c) Perfil Epidemiológico de gestantes HIV+
- d) Distribuição da frequência por ano de diagnóstico de RN de mãe HIV+
- e) Início da TARV de RN de mãe HIV+

4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

4.5.1 Da Gestante

- a) Faixa etária
- b) Escolaridade
- c) Realização do pré-natal
- d) Tipo de parto
- e) Época do diagnóstico de soropositividade ao HIV
- f) Profilaxia com a TARV durante a gestação e parto

4.5.2 Do RN

- a) Início da TARV

4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos pela aplicação do questionário (APÊNDICE- A), foram organizados e apresentados em tabela. A partir disso, foi realizado uma análise dos dados a partir da técnica da estatística descritiva, com cálculo de frequência absoluta e percentual, os dados foram organizados e apresentados em forma de gráficos e novas tabelas, com o suporte do Programa Microsoft Office Excel 2010, com objetivo de facilitar a interpretação dos mesmos. Este programa permite resumir, organizar os dados por meio da estatística descritiva e representá-los graficamente e em tabelas para melhor comparação e compreensão dos mesmos. Com isso, foi possível descrever as variáveis identificadas durante a pesquisa. Todos os dados disponibilizados pela SESPA, foram decodificados e contabilizados em números absolutos para cada variável no período dos dez anos de estudo, já que, este quantitativo foi apresentado pela mesma por ano de diagnóstico apenas. Quanto à frequência, estes foram descritos em percentagem, o que permite realizar uma análise quantitativa, descritiva e inferencial dos dados obtidos. A partir disso, foi possível realizar comparação estatística com outros autores.

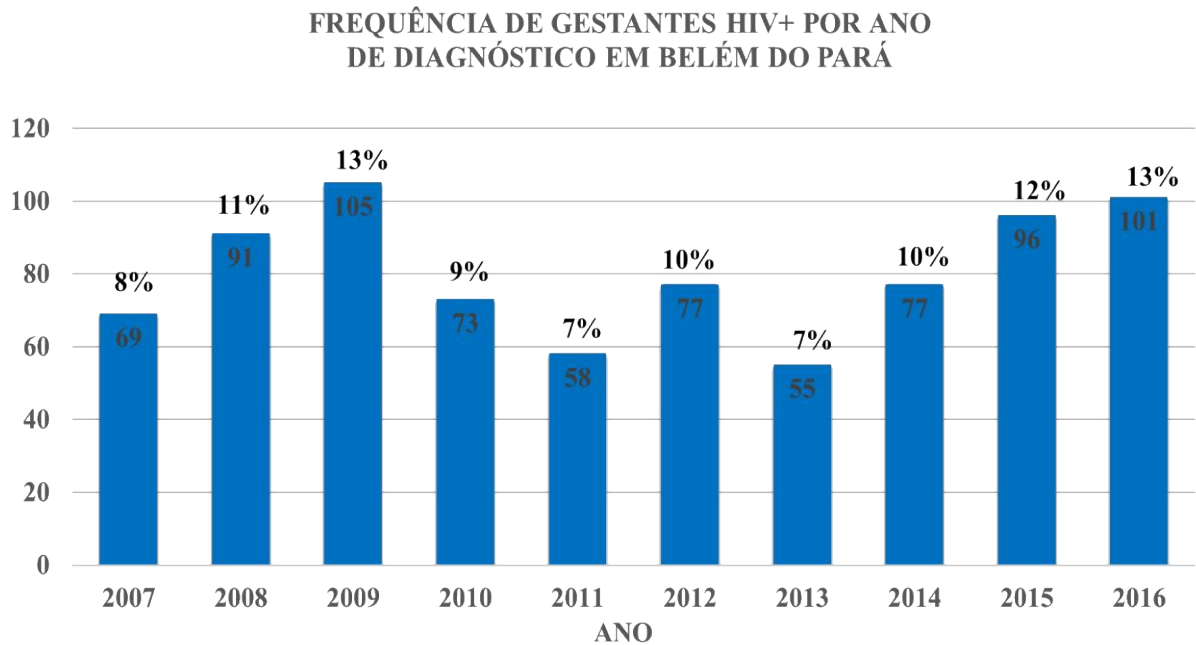
4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a resolução no 510, de 07 de abril de 2016. Por tratar-se de dados secundários, de domínio público, extraídos do SINAN através da SESPA; não foi necessário que o projeto fosse submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

5 RESULTADOS

Observa-se no Gráfico 1, que, no período de 2007 a 2009 ocorreu um aumento progressivo dos casos de HIV em gestantes, passando de 8% em 2007 para 13% em 2009, ou seja, um aumento de 52,2%. De 2010 a 2014 houve uma oscilação no número de casos, com a média de 8,5% no período. No entanto, a frequência voltou a ascender nos anos de 2015 e 2016. O maior quantitativo de casos de gestantes soropositivas para o HIV foi registrado no ano de 2009.

Gráfico 1 Distribuição de gestantes soropositivas para o HIV em Belém/PA no período de 2007 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

A faixa etária mais frequente foi de 20 a 34 anos (73%) e 21% das gestantes eram adolescentes (10 a 19 anos). A escolaridade mais frequente foi Ensino fundamental incompleto, com 37% dos casos (Tabela 1).

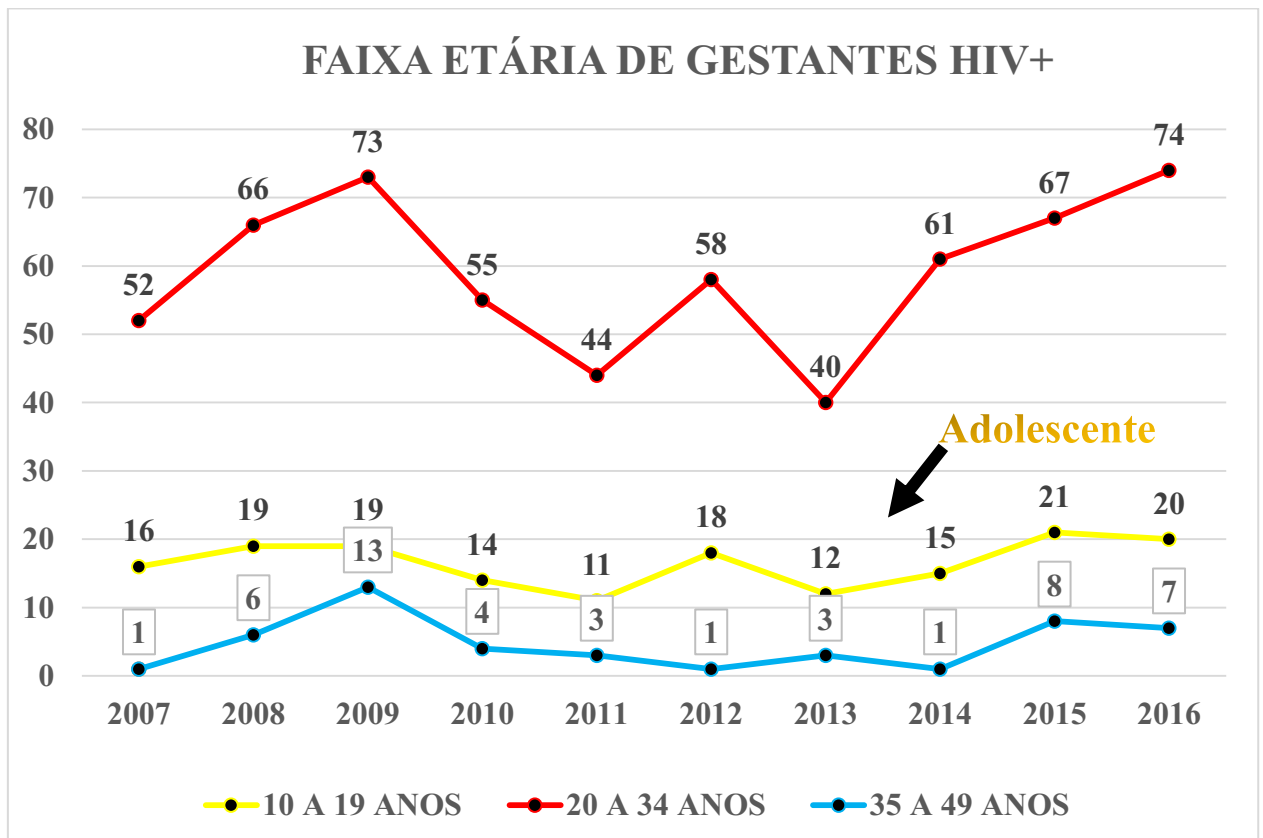
Tabela 1 Caracterização do Perfil sociodemográfico de gestantes HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.

CARACTERÍSTICAS		N=802	%
FAIXA ETÁRIA	10-14	16	2
	15-19	149	19
	20-34	590	73
	35-49	47	6
ESCOLARIDADE	Ignorado	83	10
	Analfabeto	6	1
	Ensino fundamental incompleto	296	37
	Ensino fundamental completo	141	18
	Ensino médio incompleto	97	12
	Ensino médio completo	157	19
	Educação superior incompleta	15	2
	Educação superior completa	7	1

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se no Gráfico 2 que a faixa etária de 20 a 34 anos apresenta oscilações no período de 2007 a 2013. A partir de 2014 houve aumento progressivo do número de casos, com um pico de gestantes soropositivas para o HIV no ano de 2016. A partir de 2013 não se observam mais oscilações, ficando a linha ascendente até 2016. O mesmo pode ser observado no grupo de adolescentes que, a partir de 2013 manteve uma linha ascendente.

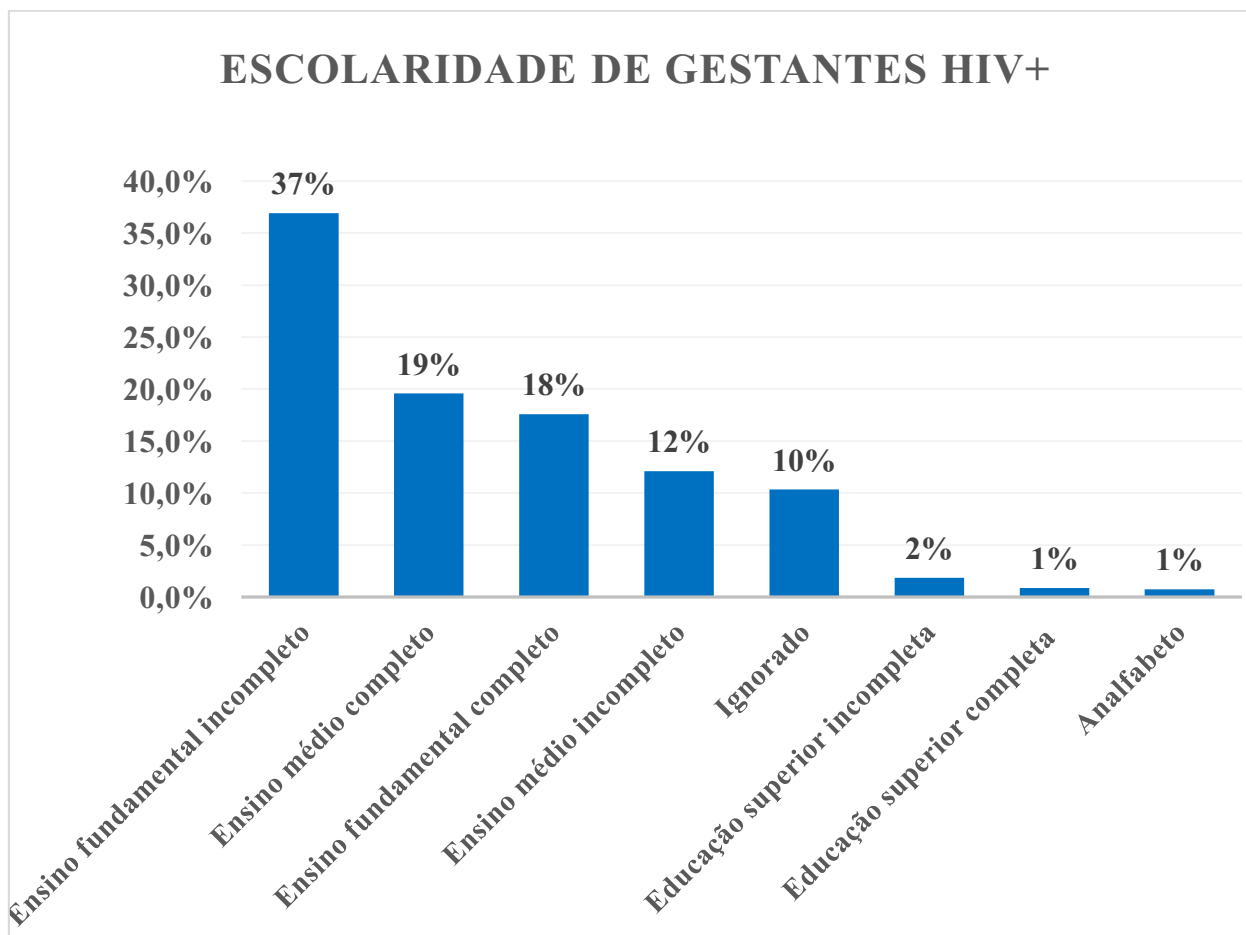
Gráfico 2 Distribuição da faixa etária de gestantes HIV+ por ano de diagnóstico em Belém/PA no período de 2007 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se no Gráfico 3 que o Ensino Fundamental Incompleto foi o mais freqüente na amostra estudada.

Gráfico 3 Distribuição quanto a escolaridade de gestantes HIV+ por ano de diagnóstico em Belém/PA no período de 2007 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 2 mostra que 45% das gestantes tiveram o diagnóstico de soropositividade ao HIV durante o pré-natal e 34% antes do pré-natal. Tem-se também que 83% dessas mulheres realizaram essa assistência; entretanto, 69% foram submetidas à cesárea de urgência. Observa-se ainda, na tabela 2, que, apesar de 76% das pacientes terem recebido TARV durante a gestação, apenas 69% receberam essa medicação durante o parto.

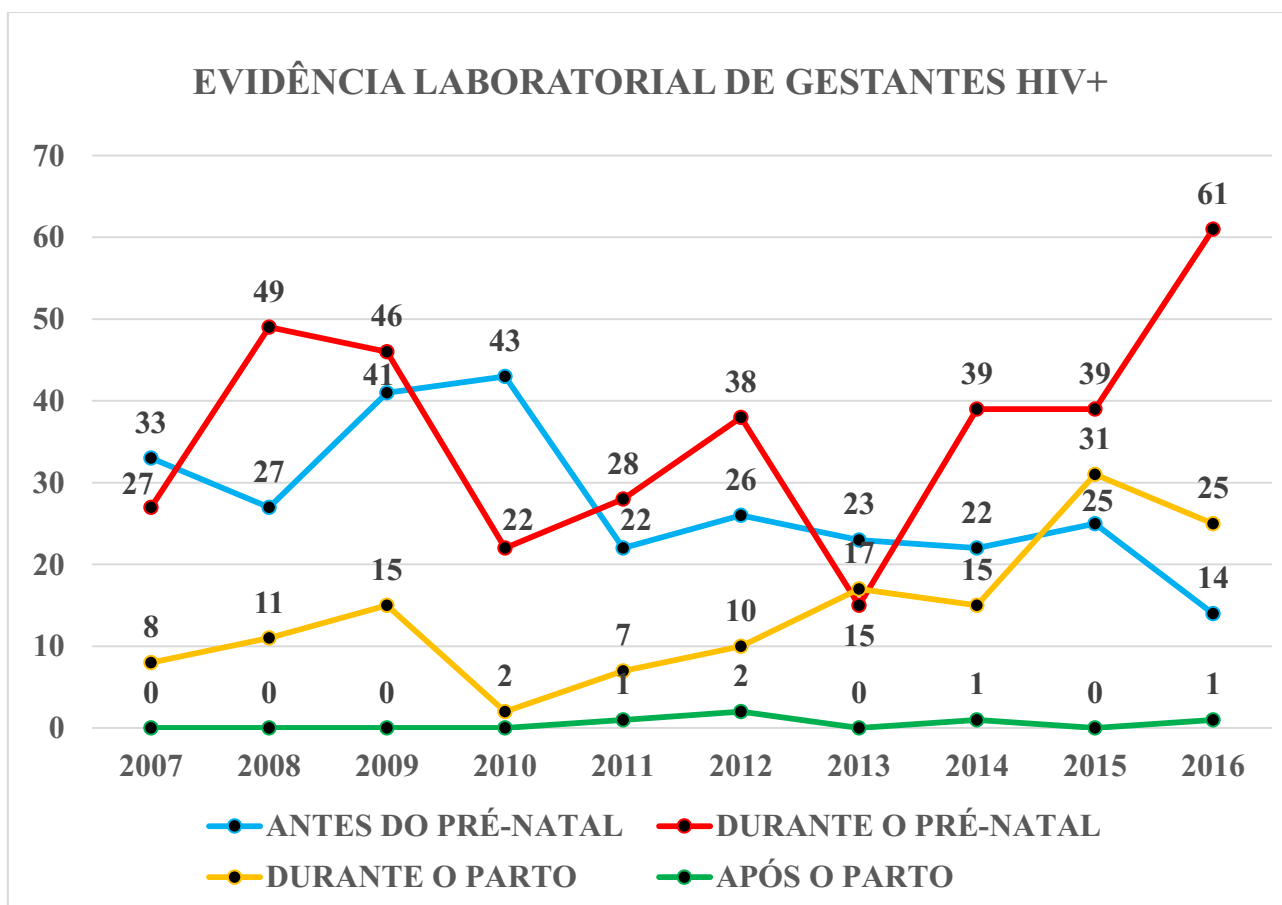
Tabela 2 Caracterização do perfil epidemiológico de gestantes HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.

CARACTERÍSTICAS		N	%
Evidência laboratorial	Ignorado	16	2
	Antes do PN	276	34
	Durante o PN	364	45
	Durante o parto	141	18
	Após o parto	5	1
Realização de pré-natal	Ignorado	30	4
	SIM	667	83
	NÃO	105	13
Tipo de parto	Ignorado	117	15
	Vaginal	84	10
	Cesárea eletiva	39	5
	Cesárea de urgência	554	69
	Não se aplica	8	1
TARV na gestação	Ignorado	139	17
	SIM	610	76
	NÃO	53	7
TARV durante o parto	Ignorado	157	19
	SIM	551	69
	NÃO	94	12

Fonte: Dados da pesquisa

De 2007 a 2013 observam-se oscilações no diagnóstico de infecção pelo HIV durante o pré-natal, com picos nos anos de 2008, 2012 e 2014. A partir de 2014 a linha é ascendente. Observa-se também que o diagnóstico antes do pré-natal mantém dados estáveis de 2011 a 2015, quando, então, declina até o ano de 2016 (Gráfico 3).

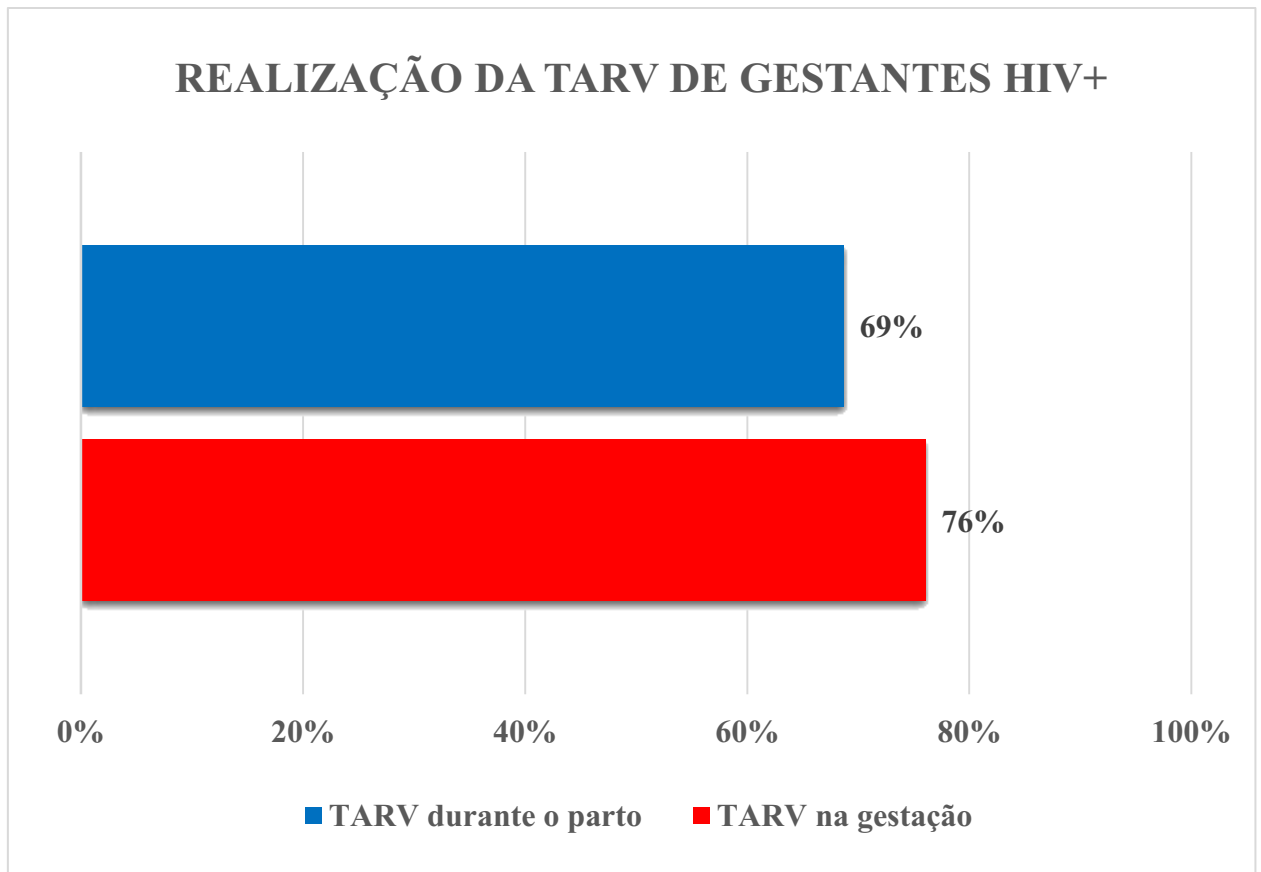
Gráfico 4 Distribuição do momento do diagnóstico de gestantes soropositivas ao HIV+ por ano de diagnóstico em Belém/PA no período de 2007 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de 76% das gestantes terem recebido TARV durante a gestação ocorreu uma perda de 7% (76%-69%) de mulheres que poderiam ter recebido essa terapêutica no momento do parto (Gráfico 4).

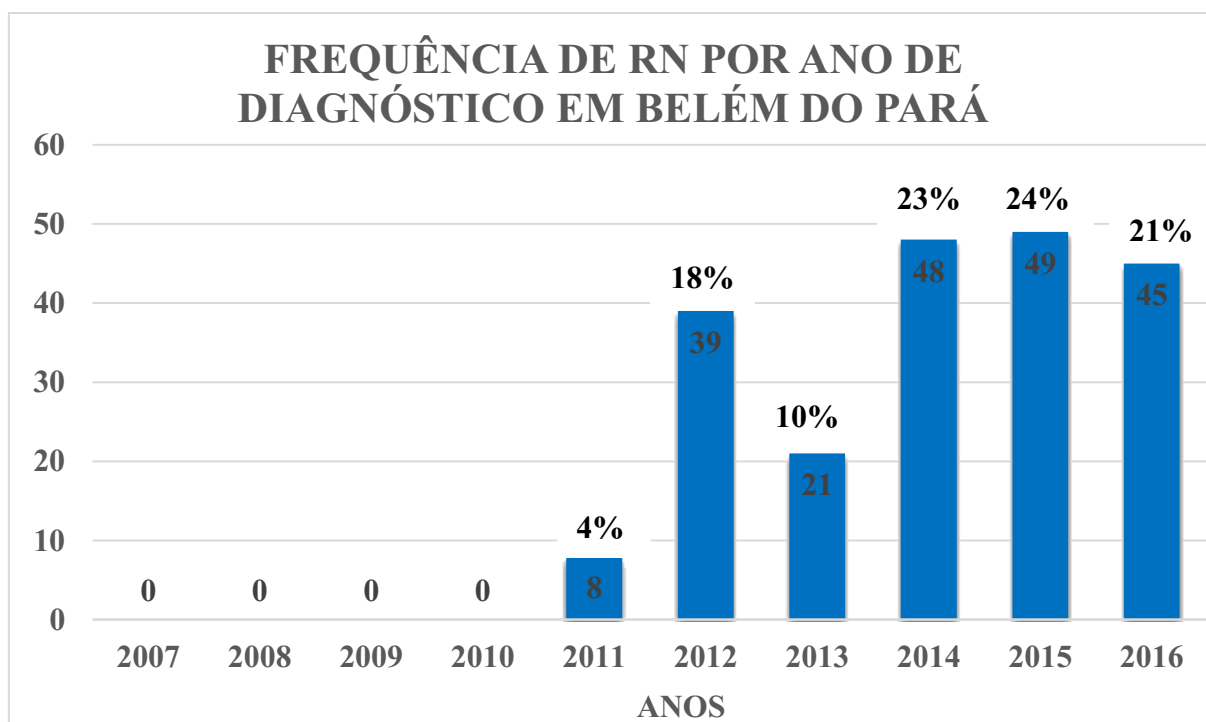
Gráfico 5 Realização da TARV durante a gestação e no momento do parto em Belém/PA no período de 2007 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

Nos quatro primeiros anos do estudo, não houve registro de RN; de 2011 a 2016 o percentual variou de 4% em 2011 a 24% em 2015, ano de maior número de casos notificados (Gráfico 6).

Gráfico 6 Distribuição de RN de mãe com sorologia positiva para o HIV em Belém/PA no período de 2007 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na Tabela 3, que 83% dos RN receberam a TARV nas primeiras 24 horas de vida.

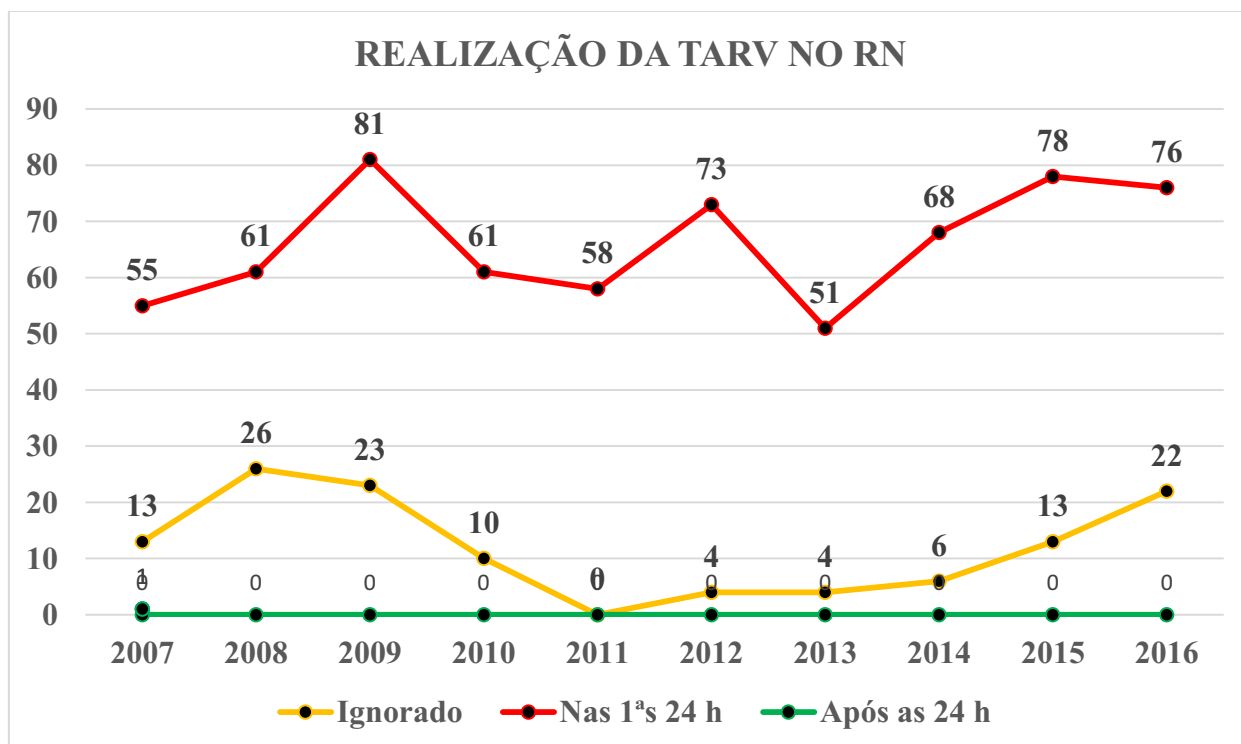
Tabela 3 Distribuição do Início da TARV no RN de mãe HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Ignorado	121	15
Nas 1 ^{as} 24 h	662	83
Após as 24 h	0	0
Não se aplica	15	1
Não realizado	4	1
TOTAL	802	100

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se no Gráfico 7, que houve oscilação de 2007 a 2014 na efetivação da TARV nas primeiras 24 horas de vida, no RN; com picos em 2009, 2012 e 2014. A partir de 2015 a curva é ascendente.

Gráfico 7 Distribuição da realização da TARV no RN de mãe HIV+ em Belém/PA no período de 2007 a 2016.



6 DISCUSSÃO

No período estudado (10 anos), registrou-se um total 802 gestantes soropositivas para o HIV com um aumento de 52,2% no período e uma média de 80,2 casos por ano. No estudo realizado por Silva et al. (2018), em Alagoas, no período de 2007 a 2015 (8 anos), constatou-se 773 casos, com uma média de 96,6 casos por ano; o que mostra resultados superiores aos observados neste estudo. Percentual expressivo (73%) das gestantes que compõe a amostra do estudado estavam na faixa etária de 20 a 34 anos. Esse percentual foi semelhante ao observado por Silva et al. (2018) que, em seu estudo, registrou um percentual de 70,9% nesta mesma faixa etária. Vale ressaltar que o estudo em questão foi realizado no período de 2007 a 2015, em Alagoas quando, talvez, a situação epidemiológica da doença fosse semelhante a observada no presente estudo.

O fato de 21% das gestantes serem adolescentes é preocupante, pois além de denotar um início precoce da atividade sexual dessas mulheres, favorece a possibilidade de TV em gestações futuras. Além disso, os casos de HIV em adolescentes mantiveram um patamar uniforme com leves oscilações de 2007 a 2013. Entretanto, a partir desse ano observa-se uma linha ascendente de 2013 a 2016. Segundo o MS (2014) houve um aumento recente da taxa de detecção de casos de HIV/AIDS na população feminina entre 15 e 19 anos. Em estudo realizado por Dias et al. (2012), o percentual de adolescentes soropositivas (19,4%) foi semelhante ao encontrado no presente estudo (21%). Porém, quando comparado a outros estudos, foi superior como na pesquisa de Ayala, Moreira e Francelino (2016) com 1%; Silva et al. (2016), com 11,59% e Barbosa; Marques e Guimarães (2018) com 4,3%.

O percentual de gestantes com ensino fundamental incompleto (37%) foi semelhante ao observado no estudo realizado por Fernandes et al. (2014) que obteve um percentual de 45,2%. Sabe-se que, adolescência e baixa escolaridade constituem fatores de risco para a aquisição de IST. Segundo o MS (2017) dados dos anos de 2000 a 2016, mostram que o ensino fundamental incompleto foi o mais prevalente em gestantes soropositivas para o HIV (37,7%), corroborando com os dados desta pesquisa.

A baixa escolaridade encontrada, associada a taxa expressiva de adolescentes contaminadas pelo HIV, reforçam a necessidade de estratégias direcionadas à educação em saúde nas escolas com destaque para a prevenção das IST em especial o HIV/AIDS. Um expressivo número de países, segundo a UNAIDS, (2013) tem uma política de HIV para o setor

da educação na qual um número crescente de professores é treinado para compartilhar o conhecimento sobre a epidemia. Contudo, o desenvolvimento de políticas em teoria não se traduz necessariamente em implementação na prática. A dialética do problema da política social tem um grande reflexo na educação e na saúde pública e que esses dois fatores estão diretamente associados ao quantitativo de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Além disso, a baixa escolaridade e a qualidade de informações que chegam aos estudantes não são adequadas para a realidade dos mesmos.

Considerando que 45% das gestantes tiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV durante o pré-natal e 34% antes do pré-natal, tem-se um percentual de 79% (total) de mulheres que poderiam ter recebido a TARV durante a gestação e, dessa forma, fazer a profilaxia da TV. O estudo de Silva et al. (2018) apresentaram resultados semelhantes, sendo 41,3% diagnosticadas durante o pré-natal e 34,4% antes no pré-natal, somando 75,7% (total). O diagnóstico realizado durante o pré-natal (45%) foi equivalente ao descrito por Gomez; Carrillo e Rodriguez (2014), em que 45% das gestantes foram diagnosticadas com infecção pelo HIV durante o pré-natal, em estudo realizado na Colômbia.

Neste estudo, 18% das gestantes tiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV durante o parto. Estudos semelhantes com percentuais superiores foram descritos por Fernandes et al. (2014) em Marabá (Pará), que detectou 19,4% de mulheres que tiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV no momento do parto. O diagnóstico feito durante o parto revela falha do sistema de saúde, particularmente nesse estudo, onde mais de 80% das mulheres estudadas realizaram o pré-natal. Esse dado é particularmente relevante, pelo tempo perdido na realização da prevenção da TV. A evidência do HIV durante o parto, teve oscilações até o ano de 2013. De 2013 a 2016 houve uma elevação brusca da identificação do HIV durante o parto, o que pode significar a eficiência do atendimento hospitalar, mas, a ineficácia do pré-natal em diagnosticar precocemente essas mulheres e instituir a TARV, promovendo a profilaxia da TV.

Neste estudo, houve 13% de gestantes que não realizaram pré-natal e 18,20% que descobriram ser HIV+ durante ou após o parto, o que aumenta significativamente a probabilidade de ocorrer a TV. Sendo assim, é evidente a importância da efetivação da política pública de saúde no que tange o cumprimento dos protocolos do MS para a eficácia da detecção e prevenção da doença através dos testes que detectam o HIV no sangue. Lembrando que a testagem para o HIV é recomendada pelo MS na primeira consulta do pré-natal, no terceiro

trimestre de gestação e no momento do parto, devendo-se adotar medidas preventivas e terapêuticas (BRASIL, 2019).

Um percentual expressivo de gestantes (83%) realizou o pré-natal, o que poderia favorecer a definição do diagnóstico, iniciar o tratamento e, conseqüentemente, prevenir a TV; no entanto, das 667 gestantes que realizaram o pré-natal, 57 (667-610) não receberam o tratamento, sinalizando falhas nessa assistência.

O estudo de Sanz e Guinsburg, (2008), em Belém, no ano de 2000, demonstra que 86% da amostra realizaram o pré-natal. Segundo a pesquisa de Silva et al. (2018) em Alagoas, no ano de 2016, 84,7% realizaram o pré-natal. No estudo de Ayala; Moreira e Francelino (2016) em Joinville/SC, no período de 2007 a 2013, houve 95,43% na mesma condição. Neste estudo, o percentual de mulheres que realizaram o pré-natal, foi semelhante. A realização do pré-natal permite a definição diagnóstica de soropositividade ao HIV e, conseqüentemente, a instalação da terapêutica específica e demais cuidados para a prevenção da doença no concepto.

Estudos evidenciaram a diminuição da transmissão perinatal nas mulheres HIV+ quando submetidas ao parto cesariano eletivo Dias et al. (2012). Pode-se observar que, somando as gestantes com diagnóstico de infecção pelo HIV antes do pré-natal (34%) com aquelas diagnosticadas durante o pré-natal (45%), tem-se que 79% das pacientes poderiam não ter sido submetidas à cesárea eletiva. Entretanto, em 69% foi realizada cesárea de urgência, aumentando o risco da passagem do vírus para o organismo do concepto. Este dado (69%) difere da pesquisa de Barbosa; Marques e Guimarães (2018), onde houve 16,4% de mulheres que tiveram cesárea de urgência e ainda do estudo de Ayala; Moreira e Francelino (2016) onde apenas 3% da amostra foi submetida à cesárea de urgência.

Na pesquisa de Frazão et al. (2012) com 30 gestantes HIV+ em Belém do Pará, no ano de 2010; 66,7% da amostra foram submetidas à cesárea eletiva. Na pesquisa de Gianvecchio e Goldberg (2005), metade (50,0%) das gestantes estudadas foram submetidas à cesárea eletiva. O dado referente a cesárea eletiva neste estudo foi de 5%, uma taxa muito inferior quando comparado com as demais pesquisas. Sabe-se que a cesárea eletiva consta nas normas do MS para a profilaxia da TV.

Segundo Dominguez (2003), recomenda-se a cesárea eletiva nas mulheres com carga viral acima de mil cópias, isto no Brasil. Porém, a finalidade da TARV para a gestante HIV+ é precisamente tornar a carga viral indetectável, pois quanto menor for esta, menor o risco de

transmissão. Porém nesta pesquisa, 7% das mulheres não realizaram a TARV durante a gestação.

Segundo Dias et al. (2012) estudos realizados, comprovaram a redução da transmissão perinatal nas gestantes HIV+ quando submetidas ao parto cesariano eletivo. No entanto, apenas 4,86% das gestantes HIV+ nos dez anos estudados realizaram o parto cesáreo programado. É importante salientar que a infecção do concepto pode ocorrer em 65% dos casos de cesárea de urgência. Além disso, em RN com infecção adquirida intraparto, existe associação entre o tempo de ruptura de membranas e a transmissão do HIV. Isso é relevante em especial nos casos de cesárea de urgência, que pode haver o rompimento precoce das membranas, podendo aumentar as chances de TV (BRASIL, 2017). Sendo assim, no momento do parto, a ruptura precoce das membranas é importante em virtude da exposição do concepto às secreções e sangue maternos. Um pré-natal de qualidade, observando as normas recomendadas pelo MS na prevenção da TV, certamente impactará na redução da TV.

Apesar do pré-natal ter sido realizado por 83% das pacientes, houve 69% de cesáreas de urgência, o que favorece a passagem do vírus para o concepto. Além disso, apenas 76% das pacientes receberam TARV durante a gestação. Estudos realizados por Beck (2019); Gianvecchio e Goldberg, (2005) e Faria et al. (2014), detectaram percentuais superiores ao do presente estudo, nas quais, mulheres soropositivas ao HIV (87%; 95,7% e 87,2% respectivamente) receberam TARV durante a gestação.

Dentre as orientações do MS sobre a profilaxia da TV, a administração de zidovudina deve ser feita por via endovenosa durante o parto. Porém, apesar de 76% das gestantes receberam TARV durante a gestação, somente 69% receberam durante o parto. Ou seja, as normas preconizadas pelo MS não foram seguidas em 7% (76-68%) da amostra, favorecendo a TV. No estudo de Ayala; Moreira e Francelino (2016), 95% das gestantes receberam TARV durante a gestação, no entanto apenas 72% o receberam durante o parto, com uma perda superior ao encontrado neste presente estudo (95-72% = 23%).

No período estudado (10 anos), registrou-se um total 210 RN de mães com sorologia positiva para o HIV. A ausência de casos de RN nos quatro primeiros anos do estudo sugere que possa ter ocorrido subnotificação e a elevação de seis vezes no percentual dos anos seguintes (4% de casos para 23%) fortalece a suposição de subnotificação nos anos anteriores. Nesta pesquisa registrou-se 26,18% de RN. No estudo de Souza et al. (2016), entre 33

gestações, foi detectado 8% de RN, sendo, assim, um resultado proporcionalmente inferior ao encontrado neste estudo.

Sobre a realização da TARV no RN, nas primeiras horas de vida tem-se que 83% o receberam. Nos seguintes estudos foram encontrados percentuais inferiores: Rodrigues; Vaz e Barros (2013) com 25%; Fernandes et al. (2014); com 29% e Ayala, Moreira e Francelino (2016) com 67%. O expressivo percentual encontrado fala a favor de um atendimento hospitalar condizente com as normas preconizadas pelo MS. O uso da zidovudina é utilizado para a profilaxia da TV logo após o nascimento até os 42º dias de vida, assim como: a realização de cesárea eletiva, monoterapia com Zidovudina, administração de ARV, administração de zidovudina durante o trabalho de parto e substituição da amamentação natural pelo aleitamento artificial (SILVA et al., 2018).

7 CONCLUSÃO

Houve um aumento de 52,2% no número de casos de gestantes soropositivas para o HIV durante os 10 anos de estudo. A maioria das gestantes estudadas (73%) estavam na faixa de 20 a 34 anos sendo que, 21% das gestantes eram adolescentes e 37% delas tinham apenas o ensino fundamental incompleto. O diagnóstico de soropositividade ao HIV era conhecido em 79% das pacientes e o pré-natal foi realizado por 83% delas. Cesárea de urgência foi realizada em 69% das gestantes. TARV foi realizada em 76% das pacientes durante a gestação e 69% durante o parto. Registrou-se 26,18% de RN de mãe com sorologia positiva para o HIV. A TARV foi realizada em 83% dos RN nas primeiras 24 horas de vida.

Neste estudo, houve 19% de gestantes que descobriram ser HIV+ durante ou após o parto e 13% não realizaram pré-natal, o que aumenta significativamente a probabilidade de ocorrer a TV. Estes, são dados preocupantes que merecem atenção de todos os profissionais de saúde. Já que, claramente essas mulheres não realizaram a TARV por não saberem que tinham a doença. Sobre o tipo de parto, neste estudo 10% foi parto vaginal e 69% cesárea de urgência, o que reúnem 79% das mulheres onde o risco da TV ocorreu. Apesar de 83% da amostra ter realizado o pré-natal, um percentual semelhante (79%) teve o parto de forma não recomendada.

Portanto, apesar do pré-natal ter sido realizado por 83% das pacientes, registrou-se um percentual de 69% de cesáreas de urgência, conduta contraindicada, o que favorece a passagem do vírus para o concepto. Dentre as orientações do MS sobre a profilaxia da TV, a administração de zidovudina deve ser feita por via endovenosa durante o parto; entretanto, das 76% pacientes que receberam TARV durante a gestação, apenas 69% o fizeram durante o parto, denotando uma falha na assistência. Se 69% realizaram a TARV durante o parto, porque, 7% não o fizeram neste momento. Este dado é instigante já que, se 76% da amostra receberam a TARV durante a gestação, era de se esperar que houvesse um maior percentual de adesão a TARV durante o parto, o que não ocorreu.

No período estudado (10 anos), registrou-se um total 210 RN. A ausência de registro de sorologia positiva para o HIV nos RN nos quatro primeiros anos do estudo sugere que possa ter ocorrido subnotificação e a elevação de seis vezes no percentual dos anos seguintes (4% de casos para 24%) é preocupante e fortalece a suposição de subnotificação nos anos anteriores. Em 2009, é provável que tenha ocorrido subnotificação. Já que, neste ano houve o maior registro de casos em gestantes com sorologia positiva para o HIV. Sobre a realização da TARV

nas primeiras horas de vida após o parto, 83% o receberam neste momento. Estes cuidados ainda na sala de parto são preconizados pelo MS de forma obrigatória, para a diminuição do risco de TV. Então, sendo assim, maiores esforços e investimentos se fazem necessários para garantir o nascimento de bebês saudáveis de mães contaminadas pelo HIV.

De acordo com os resultados obtidos, podemos inferir que houve um aumento nos dez anos de estudo do quantitativo de gestantes soropositivas para o HIV em Belém do Pará, e grande parte da amostra eram adolescentes, o que denota além de atividade sexual precoce o risco de contaminar outras pessoas entre elas seus filhos através da TV em gestações futuras. Diante do impacto das taxas encontradas neste estudo, como o relevante número de gestantes em faixa etária reprodutiva com baixa escolaridade, ressalta-se a importância em estar fortalecendo a educação sexual nas escolas sobre a profilaxia de IST's principalmente do HIV/AIDS, enfatizando, por exemplo, o uso de preservativo de barreira. Cerca de 18% da amostra apenas descobriram ser soropositivas para o HIV durante o parto, denotando uma eficiência na captação dessas gestantes no ambiente hospitalar, porém uma ineficácia em diagnosticar essas mulheres durante o pré-natal, causando uma grande perda de tempo em relação a quimioprofilaxia para a TV, o que ressalta a importância em esta efetivando o teste anti-HIV principalmente durante o pré-natal. Além disso, embora 79% da amostra terem conhecimento sobre o seu diagnóstico e 83% realizado o pré-natal, 69% tiveram o parto de forma não recomendada pelo MS (cesárea de urgência) corroborando para o aumento do risco em ocorrer a TV. Apesar de 79% saberem do seu diagnóstico, apenas 76% realizaram a TARV durante a gestação e um percentual ainda inferior (69%) o recebeu durante o parto, revelando portando uma perda de 7% da amostra. O que enfatiza a falha nessa assistência. Sobre o RN de mãe soropositiva para o HIV, houve um aumento de 6 vezes no percentual de RN durante os anos de estudo e apenas 83% realizaram a TARV nas primeiras horas após o parto, apesar de todas as mães serem soropositivas para o HIV. Desta forma, os resultados indicam que as recomendações do MS, não estão sendo aplicadas em grande parte do ciclo gravídico-puerperal e neonatal. Muitos obstáculos como a baixa escolaridade, baixa qualidade do pré-natal, além do não uso da TARV durante a gestação, no momento do parto e após o parto no RN exposto, aumentam as chances da TV ocorrer. Portanto, falhas no acompanhamento da gestação, do parto e sobre o recém-nascido, apontam para a necessidade de melhorias na assistência. Certamente, maiores esforços e investimentos se fazem necessários para garantir o nascimento de bebês saudáveis de mães soropositivas para o HIV, principalmente sobre a atenção primária. Além da necessidade de eficácia no ato de notificar, já que um quantitativo expressivo das amostras constituiu de “ignorados”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma amostra de 13% das gestantes não realizou o pré-natal. Apesar de que o princípio da equidade do SUS nos leva a considerar que gestantes HIV+ são um grupo prioritário na atenção à saúde, indicadores associados à qualidade da atenção apontam que os maiores problemas ocorrem exatamente com essas mulheres, segundo Lisiane; Tonantzin e Nêmora (2016). Em grandes centros do Brasil, existe uma dificuldade dessas gestantes HIV+ aderirem ao programa devido a propensão ao isolamento e ao preconceito. Além disso, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) publicou reclamações de usuários do sistema. Porém, embora com dificuldades, essas mulheres HIV+ têm conseguido em grande parte, sobreviver graças ao apoio familiar e da equipe de saúde, em especial dos enfermeiros, através das consultas de enfermagem que fazem parte do pré-natal da gestante atendida pelo SUS. (ABIA, 2019; SCHERER et al., 2009)

Logo, a eliminação da TV do HIV depende em especial da cobertura dos serviços de assistência pré-natal de qualidade, com acesso a testagem e tratamento. As gestantes vivendo com HIV/AIDS deverão ser acompanhadas em serviços de referência de pré-natal de alto risco ou serviços especializados, com cuidado compartilhado na atenção básica. O acompanhamento do pré-natal completo visa prevenir toda e qualquer comorbidade que possa vir a afetar o ciclo gravídico-puerperal, se for diagnosticada com antecedência e referenciada a cuidados específicos; conseqüentemente é possível prevenir complicações para gestante HIV+ além de mitigar a TV.

A enfermagem contribui na educação para a saúde, fornecendo subsídios para o autocuidado, e no acompanhamento das consultas de pré-natal e puericultura, é oportuno salientar que, para oferecer uma assistência de qualidade e humanizada, é importante escutar a perspectiva das gestantes que vivem com o HIV de modo a perceber a sua vulnerabilidade diante da sociedade. A formação do vínculo, através de uma relação de confiança, favorece a expressão de dúvidas e anseios que permite ao profissional adentrar na vida íntima, tendo como finalidade facilitar a reflexão e superação de dificuldades para a adoção de práticas seguras e promoção da qualidade de vida, além de convencer a gestante HIV+ sobre a importância de comparecer em todas as consultas para sua própria saúde e do seu filho.

No que tange as implicações para a enfermagem são essenciais informações precisas relacionadas ao panorama do HIV/AIDS, o enfermeiro é responsável pela coordenação do

cuidado, estando na liderança dos serviços, por meio de ações programáticas de prevenção ao HIV/AIDS e de promoção à saúde. A enfermagem é fonte de respostas e apoio a uma doença vivenciada em silêncio, solidão e intimidade. Isso incorre no viés moral e ético da gestão profissional em relação ao sigilo da situação e à estigmatização.

A partir disso, fica evidente a importância dos profissionais de saúde e das instituições hospitalares, ao buscarem estratégias para prevenir que tais situações ocorram, a realização da escuta ativa, aconselhamento, ações educativas, dentre outras, podem ser estratégias que os profissionais de saúde podem estar realizando, com o objetivo de reduzir o número de TV. Neste contexto, o HIV/AIDS no ciclo gravídico-puerperal pode ser monitorado pelo enfermeiro através das ações preconizadas pela Rede Cegonha que garanta a realização dos testes rápidos para que essas gestantes possam ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível, favorecendo assim, a redução dos coeficientes de mortalidade materna e TV.

O desafio da prevenção da TV ainda persiste, apesar do árduo trabalho desenvolvido e de várias medidas implantadas pelo MS. Muitos obstáculos como a baixa escolaridade, baixa qualidade do pré-natal, além do não uso da TARV no momento do parto e após o parto no RN exposto, aumentam as chances de TV. Porém, esses desafios podem ser vencidos a partir de um esforço hercúleo e conjunto de profissionais de saúde, gestores e governantes.

Algumas medidas se fazem necessárias para que essa profilaxia da TV aconteça, tais como: prevenir HIV em mulheres em idade fértil; identificar precocemente a infecção em mulheres em idade fértil; assegurar serviços de planejamento familiar e anticoncepção para mulheres infectadas; identificar precocemente a infecção pelo HIV através de screening pré-natal universal; assegurar um pré-natal adequado para mulheres soropositivas para o HIV; reduzir ao máximo a carga viral através do uso adequado da TARV; parto cesáreo quando a carga viral não é reduzida ao máximo; profilaxia neonatal com a TARV e substituir adequadamente a amamentação.

O presente estudo apresenta algumas limitações como a falta de pesquisas nacional e regionais que permitam a comparação de dados. Os dados solicitados para pesquisa, não foram contemplados em sua totalidade, isto possivelmente ocorreu devido ao fato de no momento da coleta de dados estar havendo mudança de governo no Estado, corroborando para uma resistência em disponibilizar determinadas informações pertinentes ao estudo. Além disso, apesar de a utilização de dados secundários apresentar inúmeras vantagens, as notificações

incompletas dificultam o conhecimento do verdadeiro panorama da epidemia em Belém do Pará. Portanto, os registros dos dados de bases de notificação em Belém do Pará, apresentam limitações as quais não permite ao pesquisador controlar possíveis erros, como o expressivo quantitativo de “ignorados”, chegando ao total de 663 dados neste estudo, denotando a falha em realizar de forma eficaz está notificação, bem como possíveis casos de subnotificações como ficou evidente nos anos de 2007 a 2010 sobre a frequência de RN de mães soropositivas para o HIV. Apesar disto, acredita-se que, por se tratar de dados nacionais oficiais e de preenchimento obrigatório em todos os serviços de saúde, seus resultados permitiram o alcance dos objetivos propostos.

Por fim, devido à complexidade da temática é relevante a produção constante de novos conhecimentos em relação a doença, envolvendo indicadores epidemiológicos e desempenho dos serviços prestados no sentido de colaborar para o aprimoramento das políticas públicas em saúde.

REFERÊNCIAS

ABIA, 2019. Disponível em: <http://abi aids.org.br/>. Acesso em 11 de outubro de 2019 as 02:17hs.

AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa; MOREIRA; Aracelia, FRANCELINO, Giovana. **Características socioeconômicas e fatores associados à positividade para o HIV em gestantes de uma cidade do Sul do Brasil.** Rev. APS. 19(2): 210 - 220. 2016.

BARBOSA, B.L.F.A.; MARQUES, A.K.; GUIMARÃES, J.V. **Gestantes HIV positivas e os fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV.** Rev enferm UFPE on line. Recife, 12(1):171-8. 2018.

BARAL, S.D. et al. **Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis, Lancet Infect Dis.** 13:214-222. 2013

BASTOS, L.E.A.F; **As organizações internacionais da África.** In: Blocos Econômicos e Integração na América Latina, Ásia e África. Curitiba-PR. Editora Juruá. P 265-300. 2077

BECK, Sandra Trevisan et al. **Perfil de gestantes em tratamento para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, 8(3):122-145. 2019.

BERTAGNOLI, M.S.F. **Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe.** 2012. 143p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. **AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento.** Brasília: 2002. Disponível em: http://bv sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf
Acesso em 22 de Outubro de 2018, as 19:19hs

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016.

BRASIL. **Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV 2019.** Disponível em:
http://bv sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_eliminao_transmissao_vertical_hiv.pdf.
Acesso em 06 de Outubro de 2018, as 14:10hs

BRASIL. **Nota técnica nº 388/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SMS/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/ AIDS e Hepatites Virais. 2012

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2017**. Disponível em: file:///C:/Users/Heitor/Downloads/boletim_aids_internet.pdf. Acesso em: 06 de outubro de 2018 as 15:00hs

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2008**. Disponível em: file:///C:/Users/Heitor/Downloads/boletim_epidemiologico_aids_e_dst_-_2008.pdf. Acesso em: 22 de novembro de 2018 as 10:01hs.

CEPALUNI, Gabriel; SHIMABUKURO, Alessandro. **HIV/ Aids in Africa and U.S. security interests**. Perspectivas, São Paulo. 26 (1): 67-85. 2006.

CONTIM, C.L.V. ARANTES, E.O.A. DIAS, M.A.V. NASCIMENTO, L. do. SIQUEIRA, L.P. DUTRA, T.L. **Ser mãe e portadora do HIV: dualidade que permeia o risco da transmissão vertical**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro. 23(3):401-6. 2015.

COSTA, R.H.S. SILVA, R.A.R MEDEIROS, S.M. **Nursing care for prevention of vertical HIV transmission**. Res.: fundam. care. Online.7(1):2147-2158. 2015.

DARTORA, William Jones; PROPP ÂNFLOR, Éder; RIBEIRO PAVÃO DA SILVEIRA, Letícia. **Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde**. Revista Cuidarte. 8(3):1919-28. 2017.

DIAS, Rosa Maria; FERNANDES, José Luiz Vieira ; ARAÚJO, Eliete da Cunha ; FRAZÃO, Andréa das Graças Ferreira; DUTRA, Claudia Daniele Tavares e BRASIL, Laélia Maria Barra Feio. **Crianças HIV positivas: características antropométricas e sociodemográficas**. Ver: BVS. 26(4): 101-5907. 2012.

Dominguez KL, Lindegren ML, D'Almada PJ, Peters VB, Frederick T, Rakusan TA, et al. **Increasing trend of cesarean deliveries in HIV-infected women in the United States from 1994 to 2000**. J Acquir Immune Defic Syndr. 33:232-8. 2003.

EVAN, A. J. RAM, Y. **The glory of guidelines and the twilight of reality: controversies and challenges in the prevention and treatment of HIV in children.** *Expert Rev Anti Infect Ther*; 10(7): 761-74. 2012.

FARIA, E.R. CARVALHO, F.T. GONÇALVES, T.R. MOSKOVICS, J.M. PICCININI, C.A. **Intervenções psicológicas para pessoas vivendo com HIV/Aids: Modelos, resultados e lacunas.** *Rev. Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 45(3): 339-350. 2011.

FARIA, E R et, al. **Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal1.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 30(2):197-203. 2014.

FERNANDES, Hildemar Dias; ARAÚJO, Eliete da Cunha; NEVES, Dilma Costa de Oliveira; RIBEIRO, Karla Tereza Silva. **Prevalência de HIV e sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Marabá-Pará.** *Rev. para. med = Rev. Para. Med. (Impr.)*;28(3). 2014.

FERRAZ, D. PAIVA, V. **Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro.** *Rev bras epidemiol*.18(1): 89-103. 2015.

FERREIRA, R.C.M.; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Cast, M.A.C. SOUZA, L.B. **Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres.** *Psicol. estud.* [online]. 16(2):259-267. 2011.

FRAZÃO; Andréa das Graças Ferreira, DIAS; Rosa Maria, FERNANDES; José Luiz Vieira, ARAÚJO; Eliete da Cunha, DUTRA, Claudia Daniele Tarvares e BRASIL, Laélia Maria Barra Feio. **HIV positive children: anthropometric and social-demographic characteristics.** *Rev. para. med = Rev. Para. Med. (Impr.)*;26(4). 2012.

FERGUSON P, TOMKINS A, **HIV prevalence and mortality among children undergoing treatment for severe acute malnutrition in sub-Saharan Africa: a systematic review,** *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2008.

FRIEDRICH L, MENEGOTTO M, MAGDALENO AM, SILVA CL. **Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema.** *Bol Cient Pediatr*.05(3):81-6. 2016

GIANVECCHIO, R. P. and GOLDBERG, T. B. L. **Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1.** Cad. Saúde Pública [online]. 21(2):581-588. 2005.

GOMEZ-RIOS, Ana C.; CARRILLO-ROZO, Mauricio E. and RODRIGUEZ-ORTIZ, Jorge A. **Morbimortalidad materno-perinatal en pacientes con infección por VIH, Hospital Simón Bolívar, 2003-2011, Bogotá (Colombia).** *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 65(4):308-316. 2014.

GONÇALVES, Z.R. KOHN, A.B. SILVA, S.D. LOUBACK, B.A. VELASCO, L.C.M. NALIATO, E.C.O. GELLER, M. **Perfil Epidemiológico dos Pacientes HIV-Positivo Cadastrados no Município de Teresópolis RJ. DST - J bras Doenças Sex Transm.** 24(1):9-14. 2012

HESSELING AC et al. **High incidence of tuberculosis among HIV-infected infants: Evidence from a South African population-based study highlights the need for improved tuberculosis control strategies,** *Clin Infect Dis.* 48:108-114. 2009.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/belem.html?>. Acesso em 07 de outubro de 2018 as 10:00.

JACOB, C. LINDEMAN, K.V. KLEWER, J. KUGLER. **Awareness of HIV transmission risks and determinants of sexual behaviour: descriptive and multivariate analyses among german nursing students.** *Cent Eur J Public Health.* 24(4): 255–261. 2016.

JOGNN. **HIV screening for pregnant women and infants.** *Nurs Womens Health;* 16(1): 88-9. 2012.

LANGENDORF, T.F; PADOIN, S.M.M. SOUZA, P.C.C. OLIVEIRA,I.E. **Understanding what is lived by the being-couple in face of the prophylaxis of vertical HIV transmission.** *Rev Gaucha Enferm.* 36(spe): 70-76, 2015.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos; DERESZ, Luís Fernando and SPRINZ, Eduardo. **HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática.** *Rev Bras Med Esporte* [online].16(2):149-154. 2011.

LIMA, Márcia; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids**. Temas psicol. [online]. 21(3):947-960. 2013.

LISIANE, M. W. A. TONANTZIN, R. G. NÊMORA, T. B. **HIV and syphilis coinfection in pregnancy and vertical HIV transmission: a study based on epidemiological surveillance data**. Pesquisa original. Rev Panam Salud Publica 40 (6). 2016.

LUNA, E.J.A., SILVA J.B.J. **Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias**. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2:123-176. 2013.

MARTINS, T. A.; KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C.; MOTA; R. M. S. **Cenário da Infecção pelo HIV/AIDS Mundial**. Rev Fisioter S Fun. 3(1):4-7. 2014

MITANO, F.; VENTURA, C. A. A.; PALHA, P. F. **Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 26 (3): 901-915. 2016

MONTANER JSG et al. **Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the «HIV treatment as prevention» experience in a Canadian setting**. PLoS ONE, 2014.

NASCIMENTO, C.S, NERY, I.S.PEREIRA, L.C. RODRIGUES, I.S. BEZERRA, M.M. GOMES, I.S. **Desejo de maternidade frente ao diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 27(3): 239-248. 2013.

NEWELL ML et al. **Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis**. Lancet. 364:1236–43. 2004.

NGXONGO T.S. PATIENCE, N.M. SIBIYA, N.S. GWELE. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**. 8(2):6. 2016.

PAULA, P.S.R. LAGO, M.C. de S. **Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde**. Ciencias Sociales y Educación. Medellín, Colombia. 2(4): 306. 2013.

PEREIRA, F.W. KLEINUBING, R.E. ILHA S. **Strategies for joining to the treatment for seropositive pregnant women to human immunodeficiency virus.** Res.: fundam. care. Online. 7(3):2796-2804. 2015.

PEREIRA, F.W. SOUZA, M.B. SOUZA, N.S. NEVES, E.T. SILVEIRA, A. **Assistance of pregnant women with hiv care in testing and counseling centers in the professional perspective.** Rev Enferm UFSM. 2(2):232-241. 2012.

RODRIGUES, Sueli Teresinha Cruz; VAZ, Maria José Rodrigues; BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência.** Acta paul. enferm., São Paulo. 26(2):158-164, 2013.

ROSSI, P.S. **AIDS e adesão à vida: seguindo uma rede de pessoas vivendo com HIV. SÃO PAULO.** Tese (doutorado). 2012. Acesso em 17/10/2017: http://psrossi.com/wp/wp-content/uploads/2013/02/Aids-e-ades%C3%A3o-%C3%A0-vida-_seguindo-uma-rede-de-pessoas-vivendo-com-HIV.pdf

RUSTAGI, A. S. MANJATE, R.M. GLOYD, S. JOHN-STEWART, G. MICEK, M. GIMBEL, S. SHERR, K. **Perspectives of key stakeholders regarding task shifting of care for HIV patients in Mozambique: a qualitative interview-based study with Ministry of Health leaders, clinicians, and donors.** Hum Resour Health. 2015.

SANTOS, R.C.S. dos; SOUZA, M.J.A. de. **HIV na gestação.** Estação Científica (UNIFAP) ISSN 2179-1902 Macapá. 2(2):11-24. 2012.

SANZ, Suelly, M; GUINSBURG, Ruth. **Prevalência da soropositividade para sífilis e HIV em gestantes de um hospital de referência materno infantil do estado do Pará.** 22(3):13-20. 2008.

SCHERER, Lígia Maria; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; PADILHA, Maria Itayra. **Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro. 13(2):359-365. 2009.

SILVA, Cláudia Mendes da et al. **Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil.** Rev. Bras. Enferm., Brasília. 71(1):568-576. 2018.

SILVA, L.R. **Epidemiologia da infecção pelo hiv/aids em mulheres atendidas em hospitais de referência de goiânia-goiás: uso de técnica de relacionamento de bases de dados.** Dissertação de Mestrado. GOIÂNIA, 2011.

SILVA, Margareth Jamil Maluf e et al. **Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro.** *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba. 43(1):32-35. 2010.

SILVA, Laise Ramos; et al. **Variable epidemiological of HIV infection in pregnant women.** *Rev Enferm UFPI.* 2016. 5(1):34-39.

SOUZA, Cássio de Pádua et al. **Incidence of HIV vertical transmission among HIV-positive pregnant women treated at a regional reference service.** 2016. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.* 8(2):4526-4537. 2016.

SPINDOLA, Thelma et al. **Maternity perception by pregnant women living with HIV.** *Invest. educ. enferm*[online]. 33(3): 440-448. 2015.

SHANNON K et al. **Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants,** *Lancet.* (14)60931-4. 2014.

TREVISOL, F.S. PUCCI, P. JUSTINO, A.Z. E PUCCI, N. SILVA, A.C.B. **Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina.** Brasil., *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 22(1):87-94. 2011.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS.** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 2015. https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em 09.02.2018 as 09:08hs

UNAIDS. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.** 2014. The Gap Report. Beginning of the end of the AIDS epidemic. Genebra (Swi): UNAIDS; 2014. <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a18.pdf>. Acesso em 07 de outubro de 2018 as 10:32.

UNAIDS. AIDS epidemic update:
http://www.unaids.org/en/resources/documents/2013/20130923_UNAIDS_Global_Report_2013. Acesso em 06 de Outubro de 2018, as 11:50hs

UNITAID, HIV/AIDS medicines market and technology landscape, 2014.

WALENSKY RP et al. **Cost-effectiveness of HIV treatment as prevention in serodiscordant couples**, *New Eng J Med*. 369:1315-1325. 2013.

WHO, **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infection**, 2013.

ANEXO – A: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAM

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 <b style="text-align: center;">GESTANTE HIV		Código (CID10) <b style="text-align: center;">Z 21		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade <small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>		11 Sexo <small>F - Feminino</small>		12 Gestante <small>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado</small>		13 Raça/Cor <small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado</small>	
	14 Escolaridade <small>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica</small>							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		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 <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>		30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso							
Ant. epid. mãe/ HIV	31 Ocupação			32 Evidência laboratorial do HIV: <small>1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto</small>				
	Pré-Natal							
Dados Pré-Natal	33 Fez/ Faz pré-natal <small>1 - sim 2 - não 9 - ignorado</small>		34 UF		35 Município de realização do Pré-Natal		Código (IBGE)	
	36 Unidade de realização do pré-natal:						Código	
	37 Nº da Gestante no SISPRENATAL			38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>		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 <small>1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica</small>					
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto <small>1 - sim 2 - não 9 - ignorado</small>			46 Evolução da gravidez: <small>1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica</small>				
	47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): <small>1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado</small>							
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome			Função			Assinatura	
	Gestante HIV +			Sinan NET			SVS 17/07/2006	

APÊNDICE- A: QUESTIONÁRIO

1 QUANTITATIVO TOTAL DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV DE 2007 A 2016 EM BELÉM DO PARÁ

2 CASOS DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV POR ANO DO PARTO, SEGUNDO:

2.1- Faixa Etária

- 10 a 14 anos 20 a 34 anos
 15 a 19 anos 35 a 49 anos

2.2- Escolaridade

- Analfabeto Fundamental completo Superior Incompleto
 1 a 4 série incompleta Médio Incompleto Superior Completo
 5 a 8 série incompleta Médio Completo

3. EVIDÊNCIA LABORATORIAL DO HIV

- Antes do Pré-Natal Durante o Parto
 Durante o Pré-Natal Após o Parto

4. REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL

- Sim Não Ignorado

5. USO DE ANTIRRETOVIRAIS PARA PROFILAXIA DURANTE A GESTAÇÃO

- Sim Não Ignorado

6. TIPO DE PARTO

- Vaginal Cesária de Urgência
 Cesárea Eletiva Não se Aplica

7. FEZ USO DE ANTIRRETROVIRAL DURANTE O PARTO

- Sim Não Ignorado

8. INÍCIO DE ANTIRRETROVIRAL NO RN (HORAS)

- Nas Primeiras 24 horas do Nascimento
 Após 24 horas do Nascimento
 Não Realizado
 Ignorado
 Não se aplica

9. QUANTITATIVO TOTAL DE RN DE MÃE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA O HIV DE 2007 A 2016 EM BELÉM DO PARÁ