



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SANDRO ROGÉRIO MENDES DA SILVA

**HIV EM GESTANTES NO ESTADO DO AMAPÁ: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO
PERÍODO DE 2009 A 2018**

**Macapá/AP
2020**

SANDRO ROGÉRIO MENDES DA SILVA

**HIV EM GESTANTES NO ESTADO DO AMAPÁ: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO
PERÍODO DE 2009 A 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), como pré requisito final para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde - área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública,

Orientadora: Dr^a Rosemary Ferreira de Andrade

**Macapá/AP
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Cristina Fernandes – CRB-2/1569

Silva, Sandro Rogério Mendes da.

HIV em gestantes no Estado do Amapá: análise epidemiológica no período de 2009 a 2018. / Sandro Rogério Mendes da Silva; Orientadora, Rosemary Ferreira de Andrade. – Macapá, 2020.
66 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Sistemas de recuperação da informação - Saúde pública. 2. Grávidas. 3. Cuidado pré-natal. 4. Mulheres HIV-positivo. I. Andrade, Rosemary Ferreira de, orientadora. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

616.9792 S586h
CDD. 22 ed.

SANDRO ROGÉRIO MENDES DA SILVA

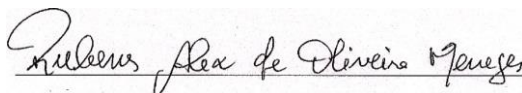
**HIV EM GESTANTES NO AMAPÁ: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO PERÍODO DE
2009 A 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), como pré-requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde - Área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública

DATA DE APROVAÇÃO: 21/08/ 2020



Examinador: Prof. Dr. Demilto Yamaguchi da Pura
Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



Examinador: Prof. Dr. Rubens Alex de Oliveira Menezes
Universidade Federal do Amapá – UNIFAP



Examinadora: Prof^a. Dr^a. Luzilena de Sousa Prudêncio
Universidade Federal do Amapá – UNIFAP



Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Rosemary Ferreira de Andrade
Universidade Federal do Amapá - UNIFAP

Macapá/AP
2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus que vive em mim, que me permite vislumbrar todas as cores do mundo e que me faz voar sem ter asas.

Agradeço a minha mãe, Joana Coeli Mendes da Silva, que sempre diz: “- Se você se meteu, então tem que terminar”. E por toda ajuda nesses últimos 38 anos.

Ao meu companheiro de jornada, Maicon Serrão dos Santos, por ouvir todas as reclamações e dizer para eu parar de olhar editais.

Ao meu afilhado, Felipe Serrão dos Santos, por ajudar a compreender o que é o amor, ou pelo menos que o amor é o que impede de estrangular uma criança que te acorda no meio da soneca da tarde.

Aos meus irmãos, Célio Ricardo Mendes da Silva e Lilian Letícia Mendes da Silva, por sempre estarem comigo.

Ao meu pai, Jorge Pinheiro da Silva, que hoje, mais do que nunca, é um suporte em minha jornada pessoal e profissional.

Às minhas sobrinhas, Carol, Amanda, Layane e Agatha, que me permitem estar presente em suas vidas.

Ao meu sobrinho, Lucas Alexandre, por não aceitar um abraço, mas não ter força o suficiente para fugir.

À Professora Rosemary Ferreira Andrade por apoiar meu sonho, por aceitar guiar meu caminho por essa jornada, por suas palavras e conselhos. Por, mesmo em meio a um turbilhão de tarefas, encontrar um espaço para se dedicar ao meu trabalho.

Aos meus colegas de trabalho da SVS, principalmente do CIASS, de onde os dados da pesquisa foram extraídos, por seus saberes, paciência com as ausências e dedicação ao trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, que contribuíram fundamentalmente para a minha formação, em especial aos Professores Demilto Yamaguchi da Pureza e Amanda Alves Fecury, pelas ricas observações na organização deste trabalho e por ter acreditado nesta pesquisa.

A todos os colegas do mestrado em Ciências da Saúde, pois vivenciamos a mesma época de aflições e vitórias.

A todas os participantes dessa pesquisa, mulheres/mães que enfrentam o HIV dia a após dia e sempre procuram o melhor para suas crianças.

“Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O HIV em gestantes é um problema de saúde pública, mas medidas protetivas durante o pré-natal podem garantir um parto seguro e qualidade de vida para Mãe e Criança. O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes no Estado do Amapá no período de 2009 a 2018. Foram analisadas 337 fichas de notificação de gestantes com HIV, onde o modelo de regressão linear mostrou a existência de um aumento médio anual de 2,83 gestantes com HIV. Foi caracterizado que a maioria era de residentes da capital Macapá (74,2%), em idade reprodutiva de 20 a 24 anos (32,6%), com ensino médio (51%), pardas (80,1%) e com ocupação de dona de casa (79,9%). Relacionados ao pré-natal, parto e puerpério. Sobre a evidência laboratorial 46,3% ocorreu durante o pré-natal. A maioria das gestantes realizou pré-natal (87,5%). Quanto ao uso de ARV, 79,3% usaram no pré-natal e 86,6% usaram durante o parto. Quanto ao tipo de parto 71,9% tiveram parto cesáreo. O início da profilaxia ARVRN ocorreu nas primeiras 24h do nascimento na maioria das gestantes (92,1%). O aumento de número de casos de gestante com HIV é uma situação que deve ser acompanhada pela vigilância em saúde e a atenção primária à saúde, ainda mais preocupante são os casos de diagnóstico tardio, como os que ocorrem no momento do parto ou após o parto, toda gestante precisa conhecer sua condição sorológica durante o pré-natal.

Palavras-chave: Sistemas de Informação. Gestantes. HIV. Amapá.

ABSTRACT

HIV in pregnant women is a public health problem, but protective measures during prenatal care can guarantee a safe delivery and quality of life for Mother and Child. The objective of the study was to describe the epidemiological profile of HIV infection in pregnant women in the State of Amapá from 2009 to 2018. 337 notification forms of pregnant women with HIV were analyzed, where the linear regression model showed the existence of a mean increase 2.83 pregnant women with HIV. It was characterized that the majority were residents of the capital Macapá (74.2%), of reproductive age of 20 to 24 years (32.6%), with high school (51%), mixed race (80.1%) and with housewife occupation (79.9%). Related to prenatal, childbirth and puerperium. Regarding laboratory evidence, 46.3% occurred during prenatal care. Most pregnant women received prenatal care (87.5%). Regarding the use of ARV, 79.3% used it during prenatal care and 86.6% used it during delivery. As for the type of delivery, 71.9% had a cesarean delivery. The initiation of ARVRN prophylaxis occurred in the first 24 hours of birth in most pregnant women (92.1%). The increase in the number of cases of pregnant women with HIV is a situation that must be accompanied by health surveillance and primary health care, even more worrying are the cases of late diagnosis, such as those occurring at the time of delivery or after delivery, every pregnant woman needs to know her HIV status during prenatal care.

Key words: Health Systems. Pregnant. HIV. Amapá.

LISTA DE GRÁFICOS

1	Taxa de detecção de gestantes HIV segundo ano da notificação - Amapá, 2007 a 2017.....	20
2	Frequência de casos HIV em gestantes no SINAN comparado com número de casos sem duplicidades, período de 2009 a 2018.....	33
3	Número de gestantes com HIV no Estado do Amapá, entre 2009 e 2018.....	38
4	Taxa de detecção de gestantes com HIV (número de gestantes com HIV por 1000 nascidos vivos) no Estado do Amapá, entre 2009 e 2018.....	39
5	Número de gestantes com HIV e taxa de detecção de gestantes com HIV (número de gestantes com HIV por 1000 nascidos vivos), por município do Estado do Amapá, no período de 2009 a 2018.....	40
6	Distribuição das gestantes com HIV e sem HIV, por faixa etária, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	42
7	Distribuição das gestantes com HIV e sem HIV, por raça/cor, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	43
8	Distribuição das gestantes com HIV e sem HIV, por ocupação, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	45
9	Distribuição das gestantes com HIV, por escolaridade, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	47
10	Caraterização das gestantes com HIV quanto à evidência laboratorial, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	48
11	Caraterização das gestantes com HIV, quanto à realização de pré-natal e tipo de parto, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	49
12	Caraterização das gestantes com HIV, quanto ao uso de ARV pré-natal e durante o parto, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	51
13	Caraterização das gestantes com HIV quanto à evolução da gestação, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	52
14	Caraterização das gestantes com HIV quanto ao início profilaxia ARVRN, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.....	52

LISTA DE SIGLAS

ADT	Atendimento Domiciliar Terapêutico
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
HD	Hospital-dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMML	Hospital Maternidade Mãe Luzia
HSH	Homem que faz Sexo com Homem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
PSF	Programa de Saúde da Família
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RN	Recém Nascido
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SVS	Superintendência de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TV	Transmissão Vertical

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	HISTÓRIA, CONCEITUAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DO HIV	17
3	A VULNERABILIDADE DA GESTANTE AO HIV.....	21
4	POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO HIV.....	25
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
5.2	FONTE DE DADOS E LOCAL DO ESTUDO.....	28
5.3	POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO.....	30
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
5.5	TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS.....	32
5.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	33
5.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	34
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
6.1	GESTANTES COM HIV POR ANO DE DIAGNÓSTICO.....	36
6.2	GESTANTES COM HIV POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA.....	38
6.3	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS GESTANTES COM HIV.....	40
6.3.1	Faixa etária e Raça.....	40
6.3.2	Ocupação.....	43
6.3.3	Escolaridade.....	44
6.4	CARATERIZAÇÃO DAS GESTANTES COM HIV QUANTO A DADOS RELATIVOS À GESTAÇÃO E PARTO.....	45
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

Na primeira metade da década de 1980, a epidemia pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) mantiveram-se basicamente restritas às regiões metropolitanas do Sudeste e Sul do país. As principais vias de transmissão eram: sexual, entre gays e “homens que fazem sexo com outros homens” (HSH); sanguínea, por transfusão de sangue e hemoderivados; e pelo uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2017a). No século 21, se consolida intensamente nos processos de feminização, heterossexualização, interiorização, pauperização, juvenização (BRASIL, 2017b) e a infantilização proveniente do maior quantitativo de crianças infectadas por Transmissão Vertical (TV) (DOMINGUES; SARACENI; LEAL, 2018).

O processo de feminização trouxe a discussão sobre a vulnerabilidade feminina que, durante um longo período de tempo, foi negligenciada, sendo que os casos de infecção de mulheres foram subnotificados, propiciando um incremento da incidência de casos de HIV neste segmento populacional, apesar da etiologia do vírus ter sido descoberta na década de 80 e de evidências epidemiológicas anteriores, apenas nos anos 90 é que a contaminação neste grupo foi reconhecida como uma realidade (SORDI et al., 2015).

Sobretudo no período de gestação com a presença do HIV impondo diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais destacam-se os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus (FARIA, 2014). Como um risco para saúde emocional e biológica, pois trata-se de mais enfrentamento em um período de fragilidade (VIEIRA; PARIZOTTO, 2013). Sendo que as unidades de saúde devem acolher a mulher em sua gestação compreendendo suas expectativas, dúvidas e receios sobre o futuro (SILVEIRA; TAVARES; MARCONDES, 2016). Assim, esses estabelecimentos, precisaram adequar políticas em saúde pública nos cuidados de pré-natal, diagnóstico e tratamento (DOMINGUES et al., 2012).

Para a análise e monitoramento dos casos a Vigilância Epidemiológica é um equipamento que acompanha os sistemas de informações, como o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), juntamente com Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

(SINASC) são utilizados para monitoramento e realização de estratégias junto à atenção básica e estabelecimentos hospitalares (BARBOSA; FORSTER, 2010).

Assim, os Sistemas de Informações de Saúde (SIS) indicam que casos de HIV não possuem perfil epidemiológico único e distribuição de forma heterogênea, entre estados e municípios. Assim, é essencial investigar todos os determinantes, variando geograficamente entre regiões, atribuídos a este processo, bem como das dimensões expressas pela epidemia (HOLANDA et al., 2015). A pobreza extrema, o desemprego, baixa escolaridade, condições precárias de habitação, a insuficiência dos serviços de saúde, a discriminação, em qualquer nuance e violações de direitos humanos são consideradas determinantes da epidemia do HIV e devem ser tratados de forma abrangente (VIEIRA et al., 2014).

Nesse sentido, em razão do aumento da transmissão do HIV por contato heterossexual ter acarretado o crescimento substancial de casos em mulheres, sobretudo em idade reprodutiva, nota-se que a feminização da AIDS tornou-se o mais preocupante fenômeno para o atual quadro dessa epidemia, devido às possibilidades reais da transmissão materno-infantil do HIV (BRASIL, 2014a).

Sendo o Amapá um Estado caracterizado por desigualdades sociais, não somente nos padrões de renda e de educação, mas também, nos de acesso aos serviços e programas de saúde (TRONCO; RAMOS, 2017). Entende-se ser vital a elaboração de investigações com abordagem temporal objetivando conhecer a dinâmica da infecção pelo HIV/AIDS neste grupo populacional e os possíveis fatores associados à infecção.

O estado de saúde não depende apenas de questões físicas e biológicas. Outras condições estão associadas à promoção da saúde. Assim, inserem-se as questões sociais, econômicas, demográficas e outros fatores, os quais devem ser amplamente considerados quando se busca a atenção integral à saúde, necessitando os profissionais estarem habilitados nos conhecimentos do processo de mobilização de diversos setores que podem favorecer o tratamento de pessoas que vivem com HIV, como a garantia de manejo adequado das gestantes com HIV.

Assim surgiu a questão norteadora: - Quais características sociodemográficas estão associadas ao HIV em gestantes no Estado do Amapá? Sugeriu-se a hipótese de que “os casos de HIV em gestantes são associados a menor faixa etária, ocupação (subemprego), baixa escolaridade e ineficiência do pré-natal”.

O crescente número de casos de mulheres com HIV no Estado do Amapá, instigou o interesse em desenvolver um estudo sobre a infecção e seus aspectos. Pois quanto maior o conhecimento, maior a possibilidade de controle e prevenção. Outro fator interessante para essa compreensão são as medidas protetivas para os Recém-nascidos (RN). Visa-se também proporcionar a comunidade acadêmica subsídios para pesquisas e possibilidades de mais questionamentos sobre o comportamento da infecção e relação com a sociedade. Para a sociedade e o poder público a análise permite uma visão ampla para manutenção/execução de políticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, sobretudo alertado as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), reconhecerem o perfil de mulheres em maior risco à infecção.

Nesse contexto esse trabalho tem por objetivo geral – Descrever o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes no Estado do Amapá no período de 2009 a 2018. E ainda como objetivos específicos: - Apresentar as características sociodemográficas dos casos de HIV em gestantes notificadas no Estado do Amapá, de 2009 a 2018; e; - Relacionar os dados sociodemográficos com o momento da descoberta da infecção pelo HIV – Antes da gestação, durante a gestação, momento do parto ou após o parto.

O Capítulo 1 HISTÓRIA, CONCEITUAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DO HIV: Apresenta a epidemiologia do HIV quanto aos aspectos históricos, sua distribuição no mundo, no Brasil e nas regiões, finalizando no Estado do Amapá.

O Capítulo 2 A VULNERABILIDADE DA GESTANTE AO HIV: Retrata os fatores de risco determinantes e condicionantes para a infecção do HIV em mulheres, sobretudo no período gestacional.

O Capítulo 3 POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO HIV: Aborda as políticas públicas de combate e controle ao HIV no Brasil, dando destaque à construção da rede de atenção a pessoa vivendo com HIV.

O Capítulo 4 MATERIAIS E MÉTODOS: Apresenta a metodologia utilizada na pesquisa, com informações sobre a caracterização do estado do Amapá, como área de estudo, o método de abordagem, bem como as variáveis analisadas no estudo, além dos procedimentos para o tratamento dos dados coletados.

O Capítulo 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: Apresenta os resultados e discussão associados às variáveis de caracterização das gestantes no processo gestação/parto/puerpério.

Nas CONSIDERAÇÕES FINAIS, apresenta o desfecho das hipóteses, contempla as conclusões da análise e as impressões sobre a pesquisa.

2 HISTÓRIA, CONCEITUAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DO HIV

Sobre a origem do vírus, Trabulsi e Alterthum (2015) demonstraram evidências epidemiológicas que HIV-1 e HIV-2 foram introduzidos na população humana por primatas não humanos, como Chimpanzé (*Pan troglodytes troglodytes*) e o Macaco Mangobey (*Cercocebus atys*) infectados pelo Vírus da imunodeficiência de Símios (SIV). Tal transmissão teria ocorrido pela manipulação da carne dos animais em contato a feridas do corpo dos homens. Ainda, especificamente, que o HIV-2 está filogeneticamente relacionado com Macacos Mangobeys, e que o contato ocorreu muito antes dos primeiros casos descobertos nos EUA (década de 80), provavelmente entre 1915 e 1931.

Nesse contexto, houve relatos observados em 1975. O primeiro caso de depressão imunológica aguda foi descrito apenas em 1981 pelo Centro de Controle e prevenção de Doenças – Centers for Disease Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos, sendo identificado em 1982 seu agente etiológico, o HIV. A princípio denominada WOG, sigla para "Wrath of God" ou "Fúria de Deus" em português, a AIDS foi alvo de estigmatização e preconceito pelo fato de os primeiros casos terem sido identificados em grupos homossexuais masculinos, que tinham seu comportamento sexual julgado e considerado promíscuo pela coletividade (CAMPOS; COELHO, 2010).

Esse estigma em relação ao HIV/AIDS foi produzido em função das vias de contaminação viral (sexual e sanguínea) e das regras sociais pré-existent à epidemia, referidas à prescrição de comportamentos (especialmente os sexuais) para mulheres e homens com base em estereótipos de gênero e na normatização da sexualidade. Ressaltando os processos de estigmatização de outras doenças, como a tuberculose e os cânceres, os quais foram construídos a partir da percepção de inadequação do comportamento de seus portadores (SONTAG, 2007).

Então os enunciados: - Sexo, morte, discriminação e preconceito- são aspectos das relações humanas envolvendo o surgimento de uma epidemia, grave e mortal, relacionada diretamente com jovens, homossexuais, previamente sadios, que começaram a apresentar doenças oportunistas. Esses foram os primeiros relatos no final da década de 70 e início dos anos 80, como a gênese da AIDS, pelo CDC (TERTO, 2002).

Nesse período, os indivíduos com Aids exibiam grande incidência de Sarcoma de Kaposi e pneumonia (causada pelo *Pneumocystis carini*), que são quadros clínicos peculiares de imunodeficiências. Os casos também foram encontrados em outros grupos de pessoas em vulnerabilidade, como os hemofílicos e os usuários de drogas intravenosas (UDI), que apresentavam infecções graves ocasionadas por doenças oportunistas. Assim constatada a transmissão pelo sangue (CENTERS, 1982).

Já em 1988 deram-se início as publicações dos casos de AIDS no mundo. Foram notificados ao CDC, vários casos de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e de Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis. A Aids estava novamente constatada. Muito foi estudado sobre a história natural da infecção desse vírus, especialmente pelo acometimento de qualquer órgão do corpo nas inúmeras complicações que caracterizam a imunossupressão causada pela doença (MURRAY et al., 2013).

Logo, a partir da descoberta dos primeiros casos no Brasil, no início da década de 1980, a epidemia do HIV e da Aids sofreu uma série de transformações em suas diversas dimensões. Passou-se de uma doença concentrada em metrópoles, que atingia em sua maioria, indivíduos com práticas sexuais homossexuais, para um agravamento com maior incidência sobre sujeitos com práticas sexuais heterossexuais, distribuição em quase todo o território nacional, progressiva redução da relação masculino/feminino, aumento entre pessoas com 50 anos ou mais e maior participação de grupos empobrecidos, com menor escolaridade e qualificação profissional (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Nesse processo, a epidemia atingiu principalmente as regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro. Os casos caracterizavam-se, em sua maioria, por serem do sexo masculino, terem elevado nível socioeconômico e pertencerem às categorias de transmissão homossexuais/bissexuais, além de receptores de sangue e usuários de drogas injetáveis. A partir de 1990, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico resultando da heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia. Esta veio se tornando um fenômeno disperso com relação ao espaço e às características socioculturais e comportamentais dos indivíduos acometidos (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

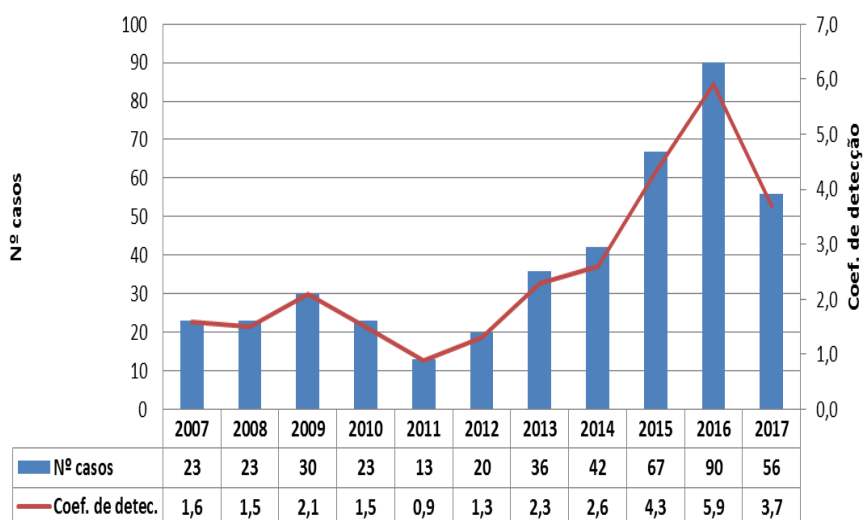
No Brasil, de 2007 até junho de 2017, foram notificados no SINAN 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2018). De 1980 até junho de 2017, foram registrados 576.245 (65,3%) casos de AIDS em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres. Desde o início da epidemia de AIDS (1980) até 31 de dezembro de 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos tendo o HIV/AIDS como causa básica (BRASIL, 2017b).

Em meio a todas as discussões sobre a busca por um tratamento eficaz, a contaminação voltada ao público gay masculino, o início da contaminação entre heterossexuais e pessoas casadas, encontrava-se as mulheres, e não sozinhas, pois muitas em processo de gestação. Então milhares entraram em contato com o vírus, e começaram a enfrentar um duplo enfrentamento, a gestação e a infecção pelo vírus do HIV (FERNANDES, 2013).

Os casos informados sobre gestantes infectadas com HIV no Brasil, no período de 2000 até junho de 2018, foram 116.292 notificações. Verificou-se que 38,6%% das gestantes eram residentes da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,4%), Nordeste (17,2%), Norte (8,0%) e Centro-Oeste (5,8%). No ano de 2017, foram identificadas 7.882 gestantes no Brasil, sendo 30,2% na região Sudeste, 29,0% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,5% no Norte e 6,4% no Centro-Oeste (BRASIL, 2017c).

No SINAN, os casos de AIDS passaram a ser notificados em 1993. Quando se iniciou a notificação especificamente sobre gestantes entrou na listagem das doenças de notificação compulsória, o que permite notificarmos o evento "gestação" nas mulheres que vivem com HIV/Aids ou que receberam o diagnóstico durante a gestação. Em 2000, a ficha de notificação continha dados também do RN exposto. A partir de 2007, passou a ser possível a análise separada de dados do SINAN referentes a gestantes portadoras de HIV/AIDS (BRASIL, 2017b).

Gráfico 1 - Taxa de detecção de gestantes HIV segundo ano da notificação - Amapá, 2007 a 2017.



Fonte: SVS-AP, 2018 – Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, Amapá.

O número de casos de HIV em gestantes no Amapá, entre os anos de 2007 a 2017, foi de 423 casos notificados (Gráfico1), o qual manteve-se em ascensão, apresentando maior índice em 2016 (5,9 por mil nascidos vivos) e o menor índice em 2011 (0,9 casos por mil nascidos vivos) (AMAPÁ, 2018). Observa-se uma sutil queda o ano de 2017 (3,7 por mil nascidos vivos).

3 A VULNERABILIDADE DA GESTANTE AO HIV

A gestação é uma etapa extraordinária na história de qualquer mulher e corresponde ao momento que antecipa ao parto. É uma ocasião de modificações físicas, em um organismo que se transforma durante o processo e que são seguidas de alterações emocionais. Nesse processo a mulher pode ficar mais sensível e, em termos de saúde emocional, pode emergir mais forte e madura, ou, então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada. Por isso, esse período é tão especial para a mulher, companheiro, prole, enfim, toda a família (ARAUJO et al., 2012).

Por isso, a importância da discussão sobre vulnerabilidade teve destaque no início da década de 1990, permitindo uma análise ampla sobre questões que permeiam a desigualdade social, orientação sexual, raça/cor, preconceito e discriminação, entre outras condições ou culturas que afetam a forma de vida de diversos segmentos populacionais. Essas vulnerabilidades podem estar relacionadas com a potencialização do contágio da infecção pelo HIV e a consequente pandemia de Aids (GARCIA; SOUZA, 2010). De acordo com Ayres et al. (2003) o conceito de vulnerabilidade é expresso por um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação.

No Brasil, as populações marginalizadas têm maior dificuldade ao acesso nos instrumentos de saúde, de assistência, à informação e à educação. Essa grande parcela da população está distante da gregária das políticas públicas, e isso dificulta a inserção nos processos de prevenção, ao diagnóstico precoce e até mesmo à assistência. São populações mais vulneráveis devido à exclusão social construída pela própria estrutura social - pessoas, enfim, que são mais suscetíveis a doenças infectocontagiosas, entre elas a Aids (BRASIL, 1999).

De tal modo, a infecção pelo HIV entre as mulheres indica não só uma grave falha institucional para conter a epidemia, mas também, e acima de tudo, remete para as questões de gênero. Foi a partir da concepção do gênero como categoria de interpretação e análise das relações entre homens e mulheres, que se tornou possível compreender a construção dos papéis sociais, cuja assimetria provoca aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção (SALDANHA, 2005). A omissão

da vulnerabilidade da população feminina denuncia uma sociedade que atualiza e fortalece as desigualdades de gênero. Assim o aumento das notificações de infecção em mulheres não expõe apenas um problema de saúde pública, mas faz emergir uma série de reflexões sobre as relações sociais e históricas em torno do vírus, bem como em relação ao lugar delegado à mulher na sociedade (AGUIAR; SIMÕES-BARBOSA, 2006).

Portanto, a persistência deste perfil mostra que a relação entre Aids e desigualdades sociais e de gênero é um desafio que precisa de maior intervenção (GRANJEIROS et al., 2015). Considera-se que a população feminina tem se tornado uma das maiores vítimas da transmissão heterossexual do HIV, com o agravante adicional da transmissão vertical, que é uma das principais formas de disseminação na população pediátrica, podendo variar de 13% a 48%. A Terapia Antirretroviral (TARV) no pré-natal e no momento do parto, aliada à administração de medicamentos no RN. Porém, o problema da possível orfandade não deixa de existir, podendo refletir negativamente nas dimensões psicossociais (GIR et al., 2004).

Deste modo, visibilidade de um indivíduo que seria propício à infecção, observado por processo de estigmatização e marginalização, inclui as pessoas em maior vulnerabilidade social – pessoas pobres, negras, com subempregos, homossexuais e baixa escolaridade, como sendo pessoas com maior risco de contrair e/ou transmitir a infecção (BASTOS, 2006). Nesse contexto, apesar do avanço dos movimentos feministas nas sociedades ocidentais no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres ainda se encontram em grande desvantagem. Mudanças culturais e estruturais são necessárias para que se alcance a tão sonhada igualdade de direitos para ambos os sexos (SANTOS, 2016).

O papel da parceira ainda é de submissão em relação aos assuntos sexuais e a responsabilização no que diz respeito às questões reprodutivas dificulta o diálogo com seus parceiros e aumentam sua vulnerabilidade, pois mesmo em um casamento, a mulher pode ser contaminada pelo seu companheiro (SANTOS, 2016). Essa vulnerabilidade também decorre de aspectos biológicos e de fatores sociais, econômicos, legais e culturais, com destaque para os papéis de gênero, relações de poder desequilibradas e a aceitação pela sociedade da violência sofrida pelo sexo feminino (UNAIDS, 2010).

Como a idade reprodutiva é a mais atingida pela infecção, o número de casos de crianças infectadas pela TV é elevado. Essa forma de contágio consiste na transmissão do vírus de mãe para filho, podendo ocorrer durante a gestação, o parto ou a amamentação. A probabilidade de ocorrer a contaminação pode chegar a 25,5% sem qualquer intervenção, mas intervenções preventivas podem reduzir a transmissão para níveis entre 0% e 2,0% (VIEIRA et al, 2011). Um exemplo de intervenção preventiva de reduzir a transmissão de mãe para filho é o início precoce do pré-natal, por outro lado existe a resistência em aceitar a gravidez. Com isto, observa-se que este fator dificulta a descoberta da soropositividade e adesão às condutas preconizadas em tempo não hábil. O conhecimento da condição sorológica precoce durante o pré-natal é fator expressivo para iniciar o tratamento com antirretroviral oportuno (VIELLAS et al., 2014).

Assim são impostos diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais se destacam os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus. Ainda existem falhas na prestação de serviços, entre outros fatores sociodemográficos envolvidos. A própria gestação impõe um período de maior fragilidade emocional, a descoberta do diagnóstico nesse período acarreta uma carga emocional que pode dificultar a busca por cuidados (FARIA, 2014). O risco se encontra menor nas mulheres que realizam o pré-natal, confirmando a associação entre adesão ao pré-natal e recomendações de prevenção. As mulheres que não usam Terapia Antirretroviral (TARV) durante a gestação apresentam risco de transmissão materno-infantil do HIV (FERNANDES et al., 2010).

A ESF tem papel importante na captação precoce e redução da transmissão de mãe para filho. Pois são eles que estão presentes na comunidade e deste modo, será estabelecido um vínculo da unidade com a gestante e as ações voltadas ao pré-natal serão iniciadas em tempo oportuno, possibilitando uma assistência completa as mesmas (BRASIL, 2012). Outro ponto de vulnerabilidade é o comprometimento dessa mulher com o pré-natal, pois nem todas as gestantes realizam quantidade mínima de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), que são de no mínimo seis consultas de pré-natal. Essa ausência nas consultas é resultado, muitas vezes, do desinteresse por parte da gestante (NUNES et al., 2016).

Há outros motivos que dificultam a realização do pré-natal: acesso aos serviços de saúde, descontinuidade na realização das consultas e não adesão ao tratamento. E ainda quando a gravidez acontece em momento não intencional, acaba por provocar resistência de aceitação e propicia sentimento de revolta, fazendo que as mulheres, após entenderem a mudanças de seus corpos, demorem até mesmo para realizar o exame confirmatório, o que atrasa a busca por assistência até que esta já esteja em gestação avançada (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017).

Embora o diálogo, sobre uso de preservativos e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), seja difícil mesmo para jovens e solteiras, para as casadas é ainda mais complicado, uma vez que a sugestão de atividades de prevenção ou uso de preservativos para elas pressupõe uma quebra de confiança com seu companheiro e pode trazer dúvidas com relação a sua própria fidelidade (GARCIA; SOUZA, 2010). Após o diagnóstico da infecção, ainda ocorre o confronto com dificuldades pessoais, familiares e sociais, permeadas pelo estigma que ainda caracteriza a doença. Por vezes vivencia a angústia do silêncio e oculta o diagnóstico, na tentativa de manter suas relações conjugais, sociais ou até mesmo familiares. Com a revelação do diagnóstico, essas mulheres estão propícias ao preconceito, rejeição familiar e violência doméstica (GALVÃO; PAIVA, 2011).

Frente a isto, Silva, Andrade e Bosi (2014) garantem que os profissionais de saúde que assistem ao pré-natal precisam se responsabilizar pela prática de sensibilização da adesão ao pré-natal, levando a gestante a compreender seu protagonismo neste cenário. Sendo necessário que os profissionais estabeleçam uma confiança para a manutenção vínculo, priorizando a parceria com essas gestantes, principalmente por se tratarem de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV).

Em meio a esses processos, os profissionais de saúde são expostos a diversos desafios que precisam ser enfrentados e deliberados, na tentativa de manter a assistência com qualidade. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar habilitados e ambientados ao contexto social, individualmente, que cada gestante está inserida, a fim de criarem estratégias para que o vínculo não seja quebrado e o pré-natal assistido de maneira integral (DIAS et al., 2018).

4 POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO HIV

No Brasil, a luta contra a Aids iniciou-se numa época de redemocratização e de grande discussão no campo da saúde, em que os movimentos da reforma sanitária começam a se fazer sentir. Em 1985 foi fundada a primeira Organização Não Governamental (ONG) com atividade em HIV/Aids no País - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) e criaram-se os Programas Estaduais de DST/Aids em 10 estados (PAIM, 2008; CASTRO-SILVA et al., 2007).

Já em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e, neste ano, também o MS passou a distribuir tratamento de infecções oportunistas. Em 1991, o Brasil iniciou a aquisição e distribuição gratuita da zidovudina (AZT), aos pacientes infectados pelo HIV, sendo pioneiro entre os países em desenvolvimento a oferecer acesso a TARV (BRASIL, 2005).

A TARV sofreu alterações em sua indicação ao longo dos anos, com eficácia demonstrada inicialmente no aumento de sobrevida, da transmissão materno-infantil, na prevenção da infecção após-acidentes perfuro-cutâneo, profilaxia pós-exposição (PEP) e, posteriormente, na redução das taxas de progressão para AIDS entre aqueles infectados pelo HIV. Dentre as consequências, citam-se a drástica redução na morbidade e mortalidade por doenças oportunistas e melhoria da qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Mais recentemente, a TARV tem tido sua eficácia comprovada na prevenção da infecção pelo HIV entre aqueles não infectados e que se encontram em potenciais situações de risco, em especial a exposição sexual, denominada Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (WHO, 2015).

Os avanços na saúde pública foram extremamente significativos nas últimas décadas, principalmente nos progressos tecnológicos da indústria farmacêutica. O uso de medicamentos é parte essencial dos tratamentos em saúde que têm contribuído à melhor expectativa de vida da população mundial, assim como à manutenção de sua qualidade, especialmente a partir do desenvolvimento de medicamentos mais eficazes e seguros (PORTELA et al., 2010).

Em 1986, o MS criou o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS), que foi considerado referência internacional no ano de 2003. O sucesso do programa, reconhecido mundialmente, dá-se não só pela oferta universal e gratuita

dos ARV, mas também por ser um programa interministerial em diálogo permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica (SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

Em 1991, o MS deu início à distribuição gratuita de tratamento contra o HIV. No mesmo ano a OMS anunciou 10 milhões de PVHIV no mundo. No Brasil, 11.805 casos foram notificados. O antirretroviral Videx (ddI) foi aprovado nos EUA e a fita vermelha torna-se o símbolo mundial de luta contra a Aids. Em 1992, pesquisadores franceses e norte-americanos estabeleceram consenso sobre a descoberta conjunta do HIV. A infecção pelo HIV passou a integrar o código internacional de doenças e os procedimentos necessários ao tratamento da infecção são incluídos na tabela do SUS. Combinação entre ZIDOVUDINA (AZT) e Videx inaugurou o primeiro coquetel no Brasil (BRASIL, 1999).

Em 1996, foi instituído no Brasil o primeiro consenso em TARV, que regulamenta a prescrição dos medicamentos. O tríplice esquema de antirretrovirais, que combina dois inibidores de transcriptase reversa e um de protease, começa, então, a ser utilizado. A Lei 9.313 estabelece a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV (FUNDAÇÃO, 2010).

Um grande avanço foi o Projeto Nascer Maternidades, destacado pela Portaria nº 2104 de 19 de novembro de 2002, pois foram verificados que muitos casos de transmissão vertical ocorriam no trabalho de parto/parto, e que a amamentação acrescentava mais um grande risco ao recém-nascido. Assim, mulheres que não possuem testagem para o HIV, realizam o teste no pré-parto imediato, caso seja positivo, as puérperas e recém-nascidos recebem total assistência (BRASIL, 2003).

Já em 2005, devido à falta de acordo, com laboratórios fabricantes, decorrente do alto custo do medicamento, o MS adotou o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais de segunda linha, efetuando desta forma a quebra de patentes. Tal medida tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de combate à epidemia da AIDS, permitindo assim que muitos pacientes HIV positivos fossem beneficiados por essa política (GRAGEIROS et al., 2015)

Porém a oferta do tratamento universal a todas as PVHIV no Brasil, independente de carga viral ou CD4, só ocorreu em 2013. Antes o tratamento era oferecido somente a pessoas com o CD4 até 350 células/mm³ (essa contagem de

células configura o desenvolvimento da infecção para a síndrome – AIDS). A possibilidade de início precoce de tratamento preconizada somente para casais soro discordantes e todas as mulheres grávidas deveriam iniciar o tratamento independente de CD4 (BRASIL, 2017a).

O manejo clínico de mulheres com HIV inicia na atenção básica, com a oferta da testagem rápida, que ocorre concomitante com as consultas de pré-natal, atentando as medidas protetivas do binômio gestante-feto, além de outros exames oferecidos na oportunidade. Muitas discussões envolvem a qual grupo profissional fica responsável pela realização de alguns exames, porém nota-se o avanço de várias áreas da saúde nesse contexto (LIMA et al., 2010).

O profissional de enfermagem tem respaldo legal, técnico e ético a realização e leitura de teste rápido de imunocromatográfico para o HIV, desde que capacitado e certificado, conforme estabelecido pelo MS (COFEN, 2013). Ademais, inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF), estes profissionais adscrevem a população, o que favorece a realização do aconselhamento pré e pós-teste, bem como maior oportunidade em instituir educação sexual, planejamento familiar e uma assistência integral a todos os ciclos de vida da mulher (BRASIL, 2014b).

Os programas de controle e prevenção da doença direcionam-se aos indivíduos sexualmente ativos, uma vez que o comportamento sexual é um fator de risco à saúde devido à infecção viral. Portanto, é pelo caráter de vulnerabilidade, relacionado ao comportamento sexual, que os indivíduos são tomados como alvo das políticas de saúde, em virtude das campanhas extensivas à sociedade como um todo, alertando sobre o risco do sexo sem o uso do preservativo e da variedade de parceiros/as sexuais, bem como inquirindo os sujeitos sobre seus conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais. A intervenção conduz ao engajamento do sujeito na luta contra a epidemia, incitando-o a reconhecer sua função de agente de saúde, atuando sobre seus hábitos e práticas cotidianas, regulando-os segundo a norma da qualidade de vida (QUEIROZ; MEDEIROS, 2013).

O país foi estruturado com uma rede assistencial em diversas regiões, com destaque para os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-dia (HD) e Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais (VILLARINHO et al., 2013). Porém, o Amapá nunca acompanhou tais avanços, sendo que, atualmente, o estado conta com SAE em Macapá, e, duas

Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), uma em Laranjal implantada em 2017 e uma em Oiapoque implantada em 2019. Os pacientes dos outros municípios precisam se deslocar até a capital para serem atendidos.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo de caráter quantitativo das características sócio epidemiológicas dos casos notificados de HIV em gestantes no Estado do Amapá, no período de 2009 a 2018, mediante análise dos dados registrados no SINAN.

O objetivo da epidemiologia descritiva é delinear o perfil epidemiológico das populações e possibilitar intervenções de saúde coletiva contextualizadas por meio de estudo de frequência e da distribuição desses eventos em função de variáveis circunstanciais ligadas à pessoa, ao lugar e ao tempo (ROUQUAYROL, 2013).

A pesquisa quantitativa atua em níveis de realidade onde existe a necessidade de extrair e evidenciar indicadores e tendências a partir de grande quantidade de dados. A investigação desenhada na abordagem quantitativa trabalha a partir de dados e das evidências coletadas. Os dados são filtrados, organizados e tabulados para depois serem submetidos a técnicas de organização e classificação bem como testes estatísticos para transforma-los em informações a serem analisadas e discutidas à luz de um referencial teórico, bem como de outras pesquisas correlatas (MARTINS, 2013).

5.2 FONTE DE DADOS E LOCAL DO ESTUDO

O SINAN foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade. Além disso, o sistema é utilizado como ferramenta de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos (LAGUARDIA et al., 2004).

O Estado do Amapá fica localizado na Região Norte do Brasil, quase que

totalmente no hemisfério Norte, ocupando uma área de aproximadamente 143.453 km², limitada ao Norte pela Guiana Francesa, noroeste pelo Suriname, a Leste pelo Oceano Atlântico e ao Sul e Oeste pelo Estado do Pará, do qual é separado pelo Rio Amazonas. Este Estado tem como capital a cidade de Macapá, localizada ao Sul e banhada pelo braço norte do Rio Amazonas. Sua população é estimada em 797.722 habitantes (INSTITUTO, 2017).

O Estado do Amapá é composto de 16 municípios dos quais 62,5% são considerados de pequeno porte, mediante a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou seja, possuem até 20.000 habitantes. Esta realidade apresenta desafios a serem superados, pois grande parte dos municípios é de pequeno porte e necessita de estrutura econômica e social. Com o processo de descentralização e municipalização os municípios são responsáveis pela saúde dos seus cidadãos devendo ter condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer sua função (AMAPÁ, 2019).

A configuração territorial da saúde organiza-se em três regiões de saúde: Norte, Central e Sudoeste (Tabela 01, pág. 31). A região de saúde Central é mais populosa com 555.197 habitantes em 2018. Dos 16 municípios do Estado em números absolutos a capital Macapá, com 493.634 habitantes e Santana, com 119.610 moradores, são os mais ocupados e correspondem a quase 70% de toda a população do Amapá. Os municípios de Pracuúba (4.993) e Serra do Navio (5.306) apresentam menor população (AMAPÁ, 2019).

Tabela 01 - Distribuição populacional por município e região de Saúde em área residente Amapá, 2009 e 2018.

Municípios de residência	Pop. 2009	Pop. 2018
Região Norte	55482	68.430
Amapá	7802	9.029
Calçoene	9291	10.926
Oiapoque	20962	26.627
Pracuúba	3658	4.993
Tartarugalzinho	13769	16.855
Região Central	392.425	555.197
Cutias	4652	5.864
Ferreira Gomes	5475	7.591
Itaubal	3650	5.387
Macapá	366484	493.634
P. B. Amapari	8182	15.931
Porto Grande	14951	21.484
Serra do Navio	3982	5.306
Região Sudoeste	163.751	205.867
Laranjal do Jari	40.357	49.446
Mazagão	14.655	21.206
Santana	97.220	119.610
Vitória do Jari	11.519	15.605
Estado	661.658	829.494

Fonte: Estimativa IBGE/projeção/IBGE/DPE/COPIS/GEADD.

5.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO

Gestantes com HIV residentes do estado do Amapá notificadas no sistema SINAN no período de 2009 a 2018.

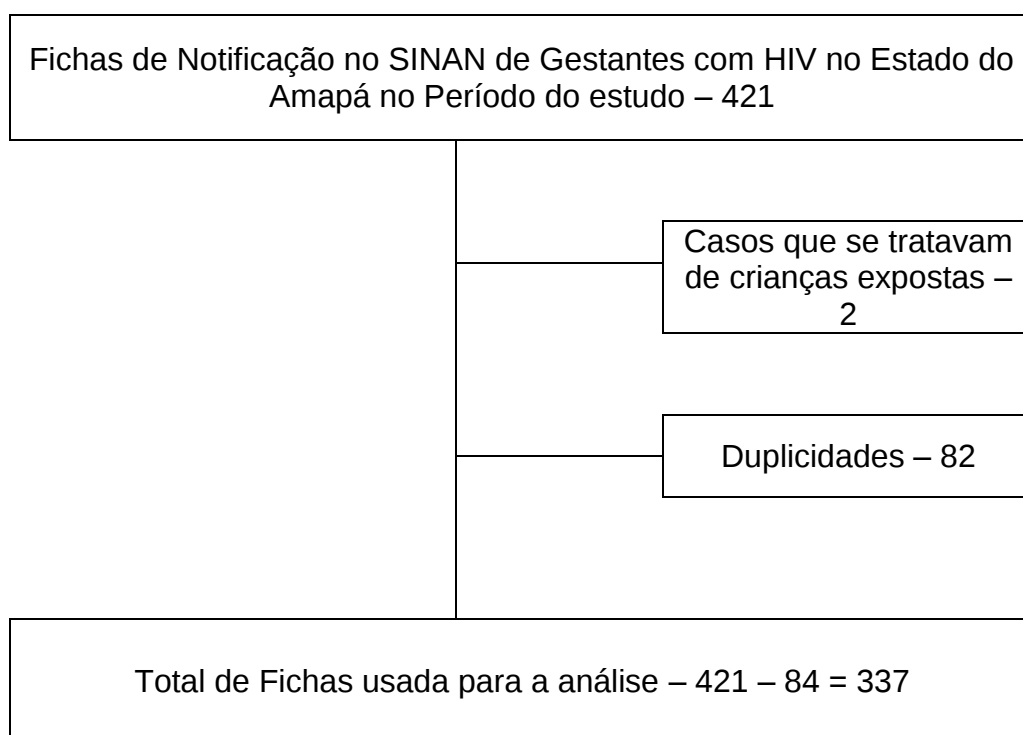
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Gestantes com HIV residentes no Amapá;
- Completude nas informações no Banco de dados;
- Foram excluídas as duplicidades;

Foram analisadas 421 fichas de notificação pelo sistema estadual SINAN/SVS/AP. Observou-se a presença de duas notificações de crianças expostas e 82 duplicidades, essas duplicidades ocorrem devido à gestante ser notificada nas

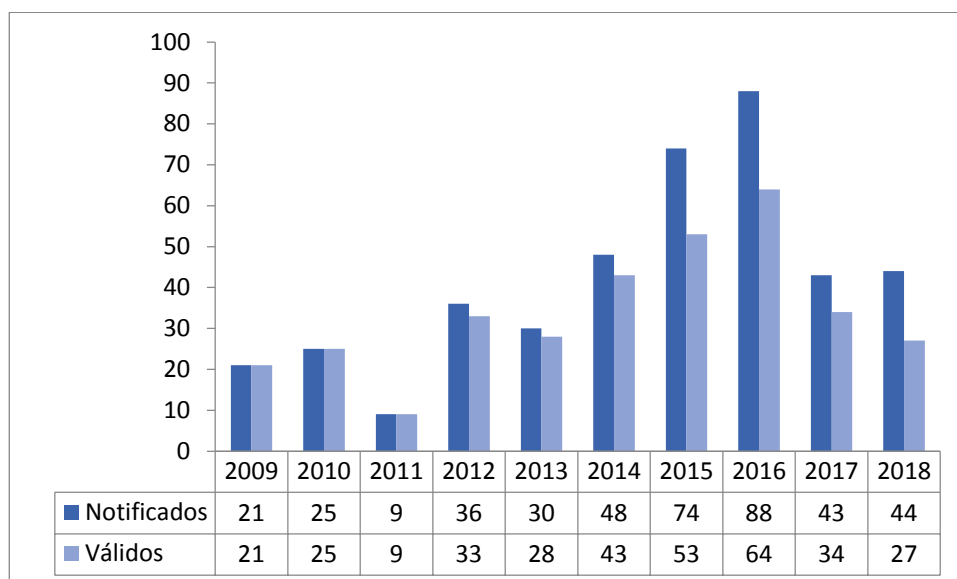
Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Serviço de Atendimento Especializado às Pessoas com HIV (SAE) e depois no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML). O SAE realiza a própria digitação dos casos de gestantes com HIV que acompanham; as fichas oriundas das UBS são digitadas nos Departamentos ou Coordenações de Vigilância Epidemiológica dos municípios origem e as fichas do HMML são digitadas na Coordenação de IST/AIDS do município de Macapá. Assim, para maior confiabilidade e lisura dos dados foram mantidas 337 fichas de notificação de gestantes com HIV que possuíam informações completas, para a utilização do tabulador TABWIN32 (Conforme Organograma 1 e Gráfico 2, pág. 33).

Organograma 1 - Casos de gestantes com HIV do Amapá.



Fonte: Pesquisadores – atualização de 26/06/2019.

Gráfico 2 – Frequência de casos HIV em gestantes no SINAN comparado com número de casos sem duplicidades, período de 2009 a 2018.



Fonte: Pesquisadores – atualização de 26/06/2019.

O gráfico 2, acima, confirma que no período de 2009 a 2011 não existiam duplicidades no sistema de notificação, porém a partir de 2013 até 2018 em todos os anos havia pelo menos 02 duplicidades, isso pode ocorrer devido à falta de acompanhamento do sistema de notificação, essas duplicidades foram excluídas para que não houvesse erros na análise.

As atribuições das três esferas de governo com relação à gestão, estruturação e operacionalização do Sistema de Informação Epidemiológica Informatizada, a fim de garantir a alimentação permanente e regular de dados nacionais, estaduais e municipais, foram definidas pela Portaria MG/MS n.º 1.399 (BRASIL, 1999) e Portaria GM/MS n.º 95 (BRASIL, 2001) e Instrução Normativa SVS/MS n.º 2 (BRASIL, 2005). E um dos seus objetivos é avaliar regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do nível nacional, para a manutenção da qualidade da base de dados (BRASIL, 2007).

5.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados epidemiológicos foram obtidos através dos bancos de dados dos sistemas de notificação: SINAN e Sistema de Informação de Nascidos Vivos

(SINASC), que tem como entidade mantedora a Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado do Amapá. O SINASC foi utilizado para a verificação de partos que ocorreram no período estudo, para uma comparação com o número de casos de gestantes com HIV. Seguindo os seguintes passos:

- 1 – A análise do banco de dados ocorreu no prédio da Diretoria Executiva de Vigilância em Saúde, não havendo necessidade de transporte de informações além da instituição;
- 2 - Foram analisadas as Fichas de Notificação de Gestantes com HIV (Anexo I), registradas no SINAN;
- 3 - As notificações em duplicidade foram excluídas; e;
- 4 – Mantendo as informações no SINAN, para a tabulação e produção de gráficos.

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis individuais – Dados presentes na ficha de notificação gestante com HIV (Anexo I).

Características	Variáveis
Idade	12 a 49 anos
Idade Gestacional	1º, 2º, 3º Trimestre, Idade gestacional ignorada
Escolaridade	Analfabeta a Educação Superior Completa
Raça/Cor	Branca, Parda, Preta, Amarela, Indígena, Ignorado
Ocupação	Aberta
Evidência Laboratorial do HIV	Antes do pré-natal, Durante o pré-natal, Durante o parto, Após o Parto
Fez/Faz pré-natal	Sim, Não, Ignorado
Uso de antirretrovirais para profilaxia	Sim, Não, Ignorado
Tipo de parto	Vaginal, Cesárea eletiva, Cesárea de urgência, Não se aplica
Fez uso de profilaxia antirretroviral durante o parto	Sim, Não, Ignorado

Também foram analisados os indicadores epidemiológicos descritos abaixo, afim de comparar a distribuição de casos pela população em cada município e variáveis:

Taxa de detecção de gestantes infectadas: Número de casos notificados de gestante infectada pelo HIV por município onde ocorreu o diagnóstico em cada ano dividido pela população de nascidos vivos de cada ano (por município de nascimento), multiplicado por mil.

Proporção de gestantes que não fizeram uso de antirretroviral durante a gestação: número de casos de recém-nascidos vivos expostos ao HIV cuja mãe não fez uso de antirretroviral durante a gestação pelo total de casos de recém-nascidos vivos expostos ao HIV, multiplicado por 100.

Proporção de gestantes não fizeram uso de antirretroviral durante o parto: número de casos de recém-nascidos vivos expostos ao HIV cuja mãe não fez uso de antirretroviral durante o parto pelo total de casos de recém-nascidos vivos expostos ao HIV, multiplicado por 100.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizados modelos de regressão linear para avaliar a significância da evolução do número de gestantes com HIV e da taxa de detecção ao longo dos 10 anos em estudo. Nestes modelos o ano foi considerado como variável independente o número de gestantes e a taxa de detecção com variável dependente.

A significância da associação entre variáveis qualitativas foi avaliada através do Teste do Qui-Quadrado. Estes testes foram usados para comparar as gestantes com e sem HIV (sempre que existia esta informação relacionada à população de gestantes no Estado do Amapá) e para estudar a associação da faixa etária, da raça/cor e da escolaridade com dados da gestação e ao parto das gestantes com HIV.

Foi considerado um nível de significância de 5% para concluir quanto aos resultados dos testes estatísticos, ou seja, as associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0.05 ($p < 0.05$). A organização dos dados foi feita com o programa Microsoft Excel e os testes estatísticos foram realizados com o programa IBM SPSS, versão 24 para Windows.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Há garantia do sigilo e o anonimato dos sujeitos, conforme os termos de acordo com a resolução 466/2012 e 510/2016 que regulamentam diretrizes e normas, quando trata de pesquisa com seres humanos. O presente estudo foi previamente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, recebeu o parecer de n. 3.450.592, para sua realização.

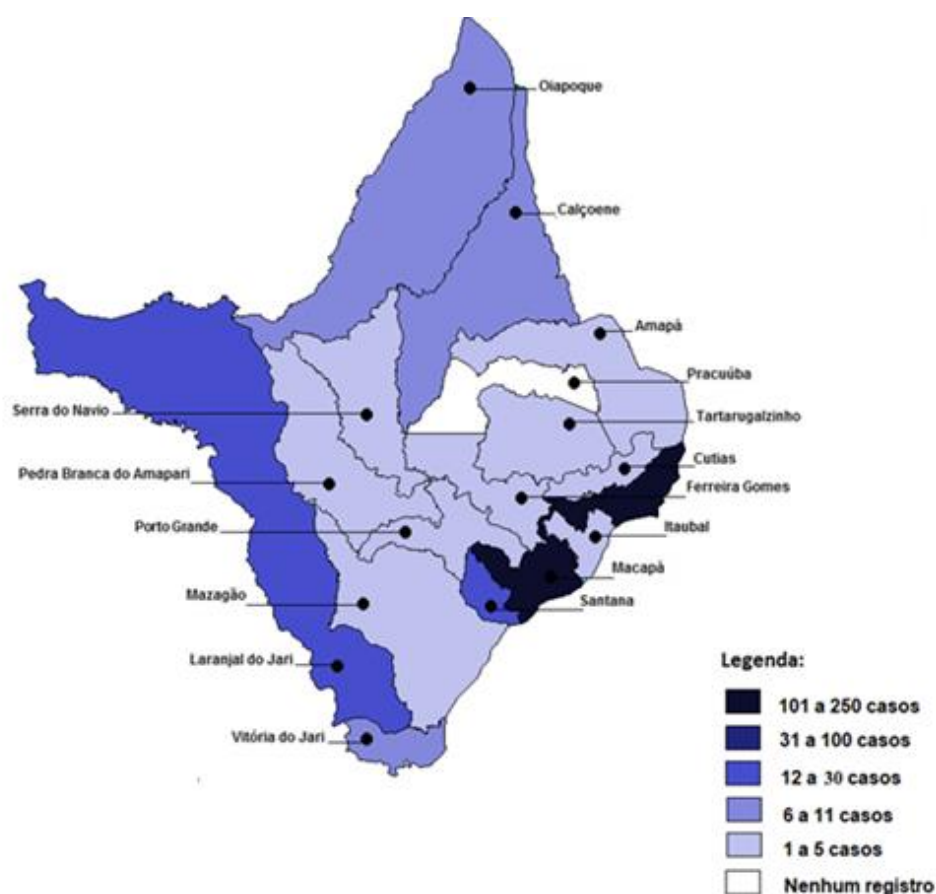
Por se tratar de um estudo com bancos de dados, a pesquisa representa riscos mínimos às participantes, em decorrência de uma análise em bancos de dados, respeitando o sigilo das informações, pois apresenta caráter observacional e retrospectivo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 GESTANTES COM HIV POR ANO DE DIAGNÓSTICO

Entre 2009 e 2018 foram registrados 154.614 nascidos vivos no Estado do Amapá. No mesmo período foram notificadas 337 gestantes com HIV, o que corresponde a uma percentagem de 0,22% e uma taxa de detecção de 2,18 gestantes com HIV por 1000 nascidos vivos (Mapa 1 e Gráficos 3, p. 37, e 4, p. 38).

Mapa 1 – Distribuição espacial da frequência de casos de HIV em gestantes, por município de residência, Estado do Amapá período de 2009 a 2018.



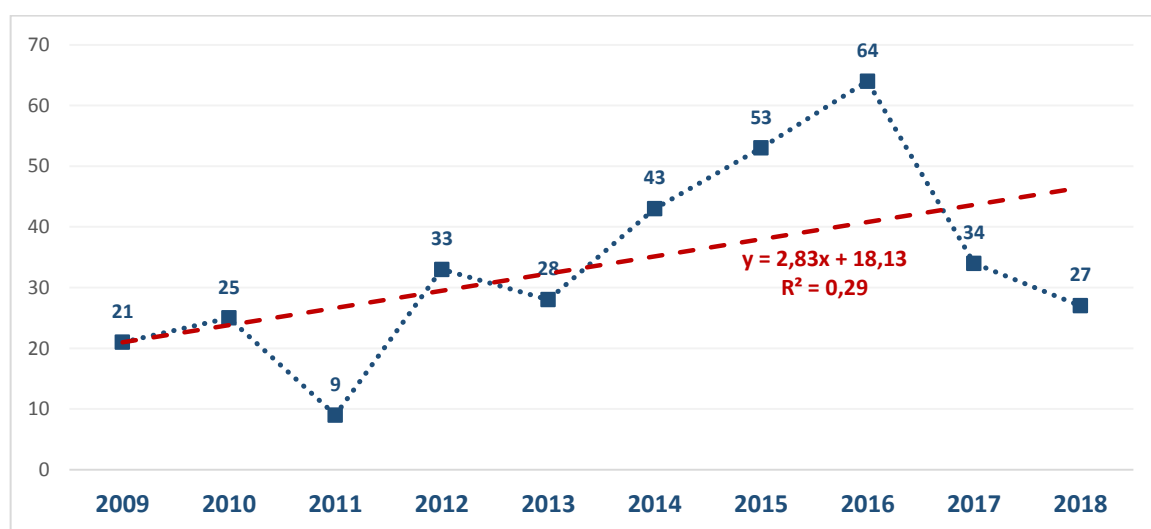
Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

O Mapa 1 reforça a concentração dos casos em Macapá, mas também demonstra que no município de Pracuúba não há registro de notificação em gestantes pelo HIV no período estudado. Este município é conhecido por não possuir notificação de diversos agravos à saúde, talvez por falha dos serviços de saúde ou pela própria ausência de exposição dessa natureza, porém acredita-se

mais na subnotificação. Os fatores que contribuem para essa ausência de informações estão atrelados, principalmente, à conduta do médico ou enfermeiro, às dificuldades no processo de notificação, às características complexas do paciente e/ou familiares e ao diagnóstico da doença (MELO et al., 2018).

O número mínimo ocorreu em 2011, com 9 gestantes com HIV. Após esse ano constata-se um aumento no número de casos até atingir o máximo da série em 2016, com 64 gestantes com HIV. Nos dois anos seguintes o número de casos diminuiu para quase metade (34 em 2017 e 27 em 2018), voltando a números próximos dos observados em 2012 (33 casos) e 2013 (28 casos). O modelo de regressão linear mostra a existência de um aumento médio anual de 2,83 gestantes com HIV entre 2009 e 2018, no entanto a tendência de aumento não é significativa ($B = 2,83$; $\beta = 0,54$; $p = 0,110$; $R^2 = 28,7\%$) (Gráfico 3).

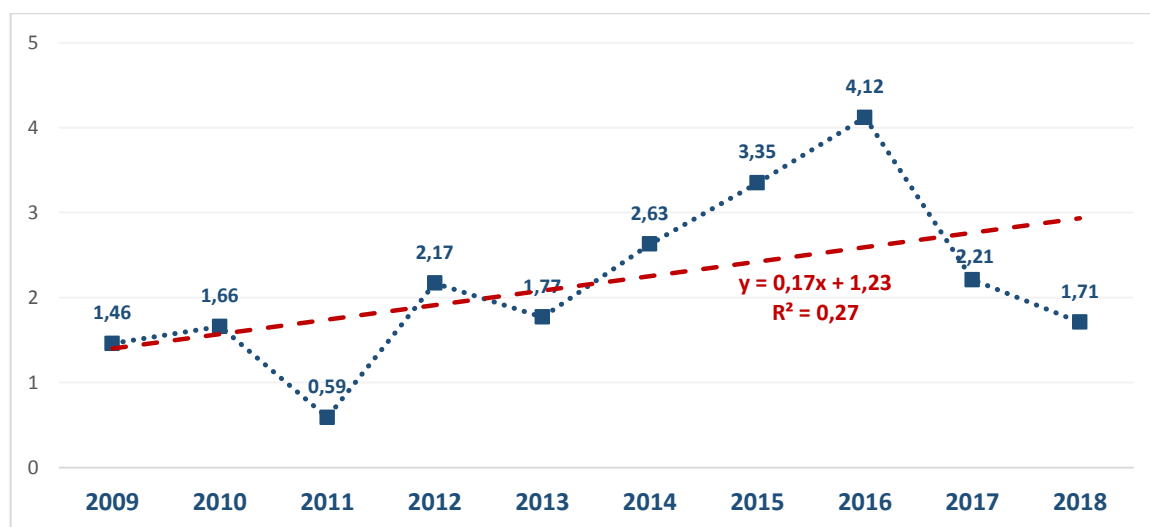
Gráfico 3 - Número de gestantes com HIV no Estado do Amapá, entre 2009 e 2018.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

Foi observada uma tendência semelhante à taxa de detecção ($B = 0,17$; $\beta = 0,52$; $p = 0,127$; $R^2 = 26,6\%$). A taxa de detecção mínima foi observada em 2011, com 0,59 gestantes por 1000 nascidos vivos, atingiu o máximo em 2016 com 4,12 gestantes por 1000 nascidos vivos, descendo nos dois anos seguintes até valores próximos dos observados em 2012 e 2013 (Gráfico 4, pág. 39).

Gráfico 4 - Taxa de detecção de gestantes com HIV (número de gestantes com HIV por 1000 nascidos vivos) no Estado do Amapá, entre 2009 e 2018.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

O aumento da suscetibilidade biológica de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) para certas doenças pode exigir mais dos serviços que lidam com estas condições. Além disso, as atitudes sociais que estigmatizam as PVHIV podem exigir maior atenção a questões como a privacidade e confidencialidade. Há também os fatores sociais e culturais de especial ou exclusiva relevância para pessoas soropositivas, como por exemplo, o fato de mulheres com HIV estarem vulneráveis às pressões e expectativas, no sentido de saber se elas devem ou não ter filhos, e ainda acreditam que não podem ter relações sexuais, mesmo quando assintomáticas (GRUSKIN; FERGUSON; O'MALLEY, 2007).

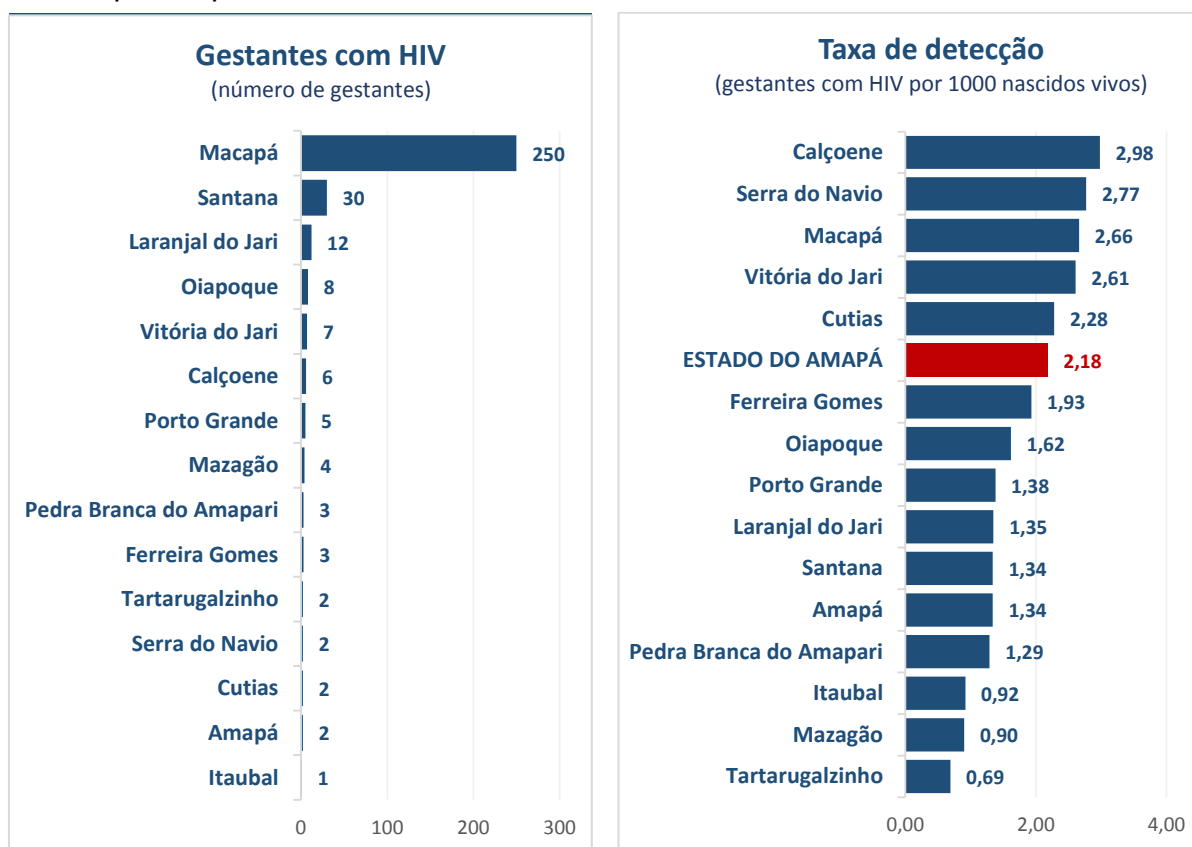
A maioria delas tem pouco ou nenhum acesso às informações, aos serviços de atenção integral à saúde e às ações que permitam o exercício de sua cidadania. Entre os desafios para melhor assistência está a qualificação dos profissionais, pois muitos ainda sentem dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade, à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos de pessoas que vivem com HIV (CARVALHO; PICCININI, 2008).

6.2 GESTANTES COM HIV POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

No período de 2009 a 2018 a maioria dos casos de gestantes com HIV foram notificados nos municípios do Macapá (250 casos – média de 25 casos por ano) e Santana (30 casos – média de 3 casos por ano). O número de casos foi inferior a 10 em todos os outros municípios, ou seja, em média foi registrado menos de 1 caso por ano em cada um dos restantes municípios (Gráfico5).

Quanto à taxa de detecção, o Município de Calçoene foi o que apresentou um maior número de gestantes por 1000 nascidos vivos (2,98). Seguiram-se Serra do Navio com 2,77 gestantes por 1000 nascidos vivos, Macapá com 2,66, Vitória do Jari com 2,61 e Cutias com 2,28 – todos com taxas superiores à observada no Estado do Amapá (2,28). Os municípios com taxas mais baixas foram Tartarugalzinho (0,69), Mazagão (0,90) e Itaubal (0,92) – os únicos municípios com número de gestantes por 1000 nascidos vivos inferior a 1.

Gráfico 5 - Número de gestantes com HIV e taxa de detecção de gestantes com HIV (número de gestantes com HIV por 1000 nascidos vivos), por município do Estado do Amapá, no período de 2009 a 2018.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

Cabe destacar que municípios menores tendem a apresentar maior taxa de detecção em virtude do tamanho da população, destaque para Calçoene que apresenta uma taxa de detecção bem maior que a do estado, porém com uma população muito menor.

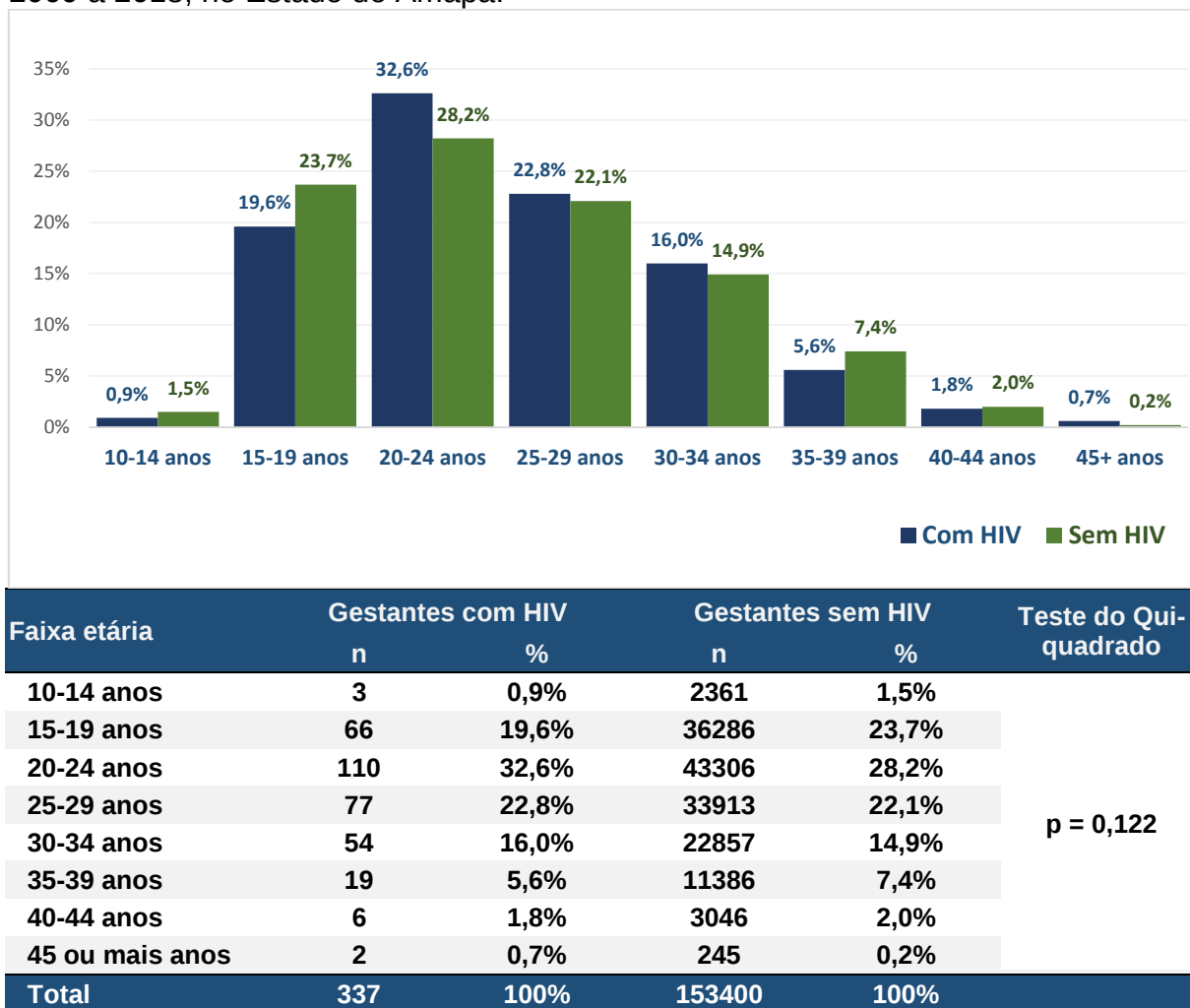
Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) relatam sobre as mudanças no perfil da AIDS no Brasil as quais devem-se à distribuição geográfica da contaminação a partir das capitais em direção aos municípios de médio e pequeno porte, ao aumento da transmissão por via heterossexual e ao persistente crescimento dos casos entre usuários de drogas injetáveis. O aumento da transmissão por contato heterossexual implica no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia.

6.3 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS GESTANTES COM HIV

6.3.1 Faixa etária e Raça

Das 337 gestantes com HIV notificadas no Estado do Amapá, entre 2008 e 2019, a maioria (32,6%) tinha 20 a 24 anos e 22,8% tinham 25 a 29 anos, entre as gestantes no mesmo período sem HIV os maiores percentuais foram 28,2% com 20 a 24 anos e em segundo lugar a faixa etária foi de 15 a 19 com 23,7% de representatividade. Mas mesmo com as diferenças percentuais, resultado do Teste do Qui-quadrado mostra que não existem diferenças significativas entre a distribuição das gestantes com e sem HIV por faixa etária ($p = 0,122$) (Gráfico 6, pág. 42).

Gráfico 6 - Distribuição das gestantes com HIV e sem HIV, por faixa etária, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.

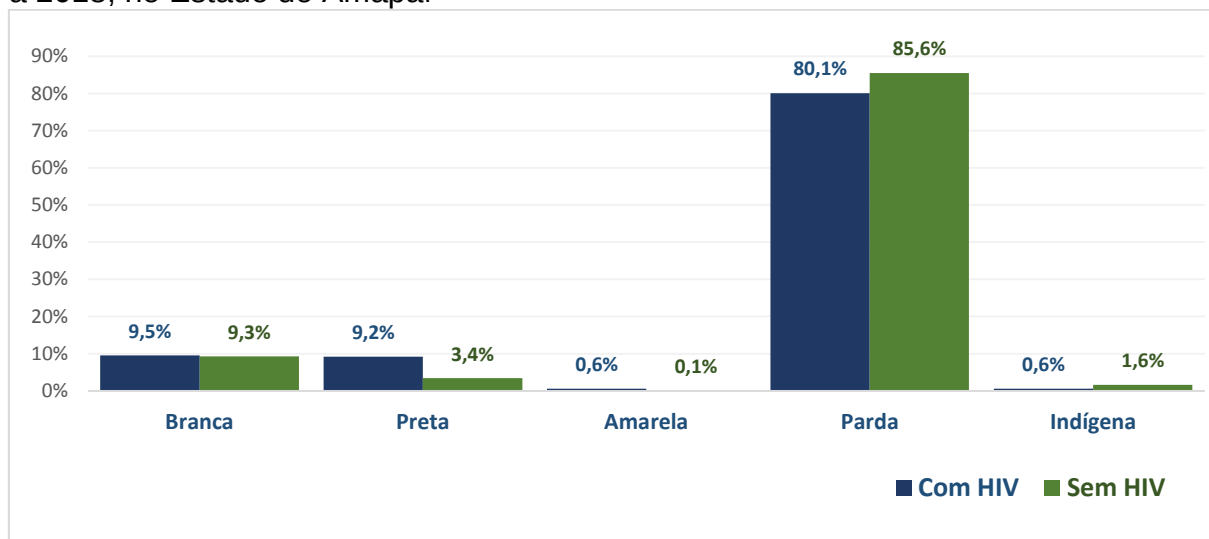


Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

O Gráfico 7 (pág. 43) mostra que a grande maioria, das gestantes com HIV no Amapá, é de raça parda (80,1%), no entanto essa percentagem é inferior à observada nas gestantes sem HIV (85,5%). A percentagem de gestantes de raça branca foi de 9,5% nas gestantes com HIV e de 9,3% nas gestantes sem HIV. Já a percentagem de gestantes de raça preta foi mais alta entre as que têm HIV (9,2%) do que nas que não tinham HIV (3,4%). Observaram-se ainda 0,6% de gestantes com HIV de raça amarela e 0,6% de raça indígena – estas percentagens foram de 0,1% e 1,6%, respetivamente.

O Teste do Qui-quadrado foi significativo ($p < 0,001$), indicando que a distribuição de gestantes por raça/cor é significativamente diferente entre as mulheres com e sem HIV.

Gráfico 7 - Distribuição das gestantes com HIV e sem HIV, por raça/cor, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



Raça/cor	Gestantes com HIV		Gestantes sem HIV		Teste do Qui-quadrado
	n	%	n	%	
Branca	30	9,5%	13844	9,3%	p < 0,001
Preta	29	9,2%	5102	3,4%	
Amarela	2	0,6%	157	0,1%	
Parda	253	80,1%	127306	85,6%	
Indígena	2	0,6%	2446	1,6%	
Total	316	100%	148855	100%	
Ignorado	21	(6,2%)	4562	(3,0%)	

Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

Um estudo realizado no estado da Paraíba corrobora os achados no Amapá, sendo que 55,3% das gestantes estavam na faixa de 20 a 29 anos, 50,2% eram donas de casa e 67,9% se autodeclararam pardas (FILGUEIRAS et al., 2014).

Os fatores ligados à vulnerabilidade individual consideram questões como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. Ou seja, consideram os contextos epidemiológicos e sociodemográficos que determinam um maior ou menor grau de exposição ao HIV dos indivíduos. As relações entre os indivíduos dentro de uma sociedade e seus equipamentos sociais definem o grau de vulnerabilidade dos indivíduos (GARCIA; SOUZA, 2010).

No estudo de Lima et al. (2017) realizado em Hospital de Referência para doenças infectocontagiosas em Mossoró-RN, a faixa etária predominante foi de gestantes com HIV de 21 a 25 anos (42,3%), mulheres brancas em maioria (46,1%) e com ensino fundamental incompleto (30,8%). Porém importante compreender que a diferença entre o perfil de Escolaridade e Raça/Cor ocorre pela diferença da região estudada.

Segundo Rodrigues e Praça (2010), no contexto da infecção pelo HIV, mulheres com idade igual ou superior a 50 anos demonstram precária valorização da prevenção da infecção pelo HIV, desinformação sobre formas de infecção, não adesão ao uso do preservativo, crença na tendência masculina para infidelidade, reduzida percepção de vulnerabilidade de infecção pelo HIV por via sexual e crença de que a fidelidade do companheiro é proteção contra o HIV. A vulnerabilidade ao HIV/Aids, em mulheres idosas, possui um agravante que é a não demonstração, por parte dessa população específica, de preocupação com a susceptibilidade à infecção pelo HIV (LASTA et al., 2011).

Sobre gestantes HIV-positivas residentes em Vitória entre 2000 e 2006, foram notificados 137 casos. Com dados de faixa etária de 24,3 anos em média e DP de 5,7 anos. Para o total de 101 mulheres com dados sobre raça/cor, 39 (33,7%) eram pardas, 34 (38,6%) negras e 28, o que dificulta a comparação dos perfis, e, entre os demais (86), 41 mulheres (47,6%) estudaram entre 4 e 7 anos, 26 (30,3%) de 8 a 11 anos e 8 (9,3%) eram analfabetas (VIEIRA et al., 2011).

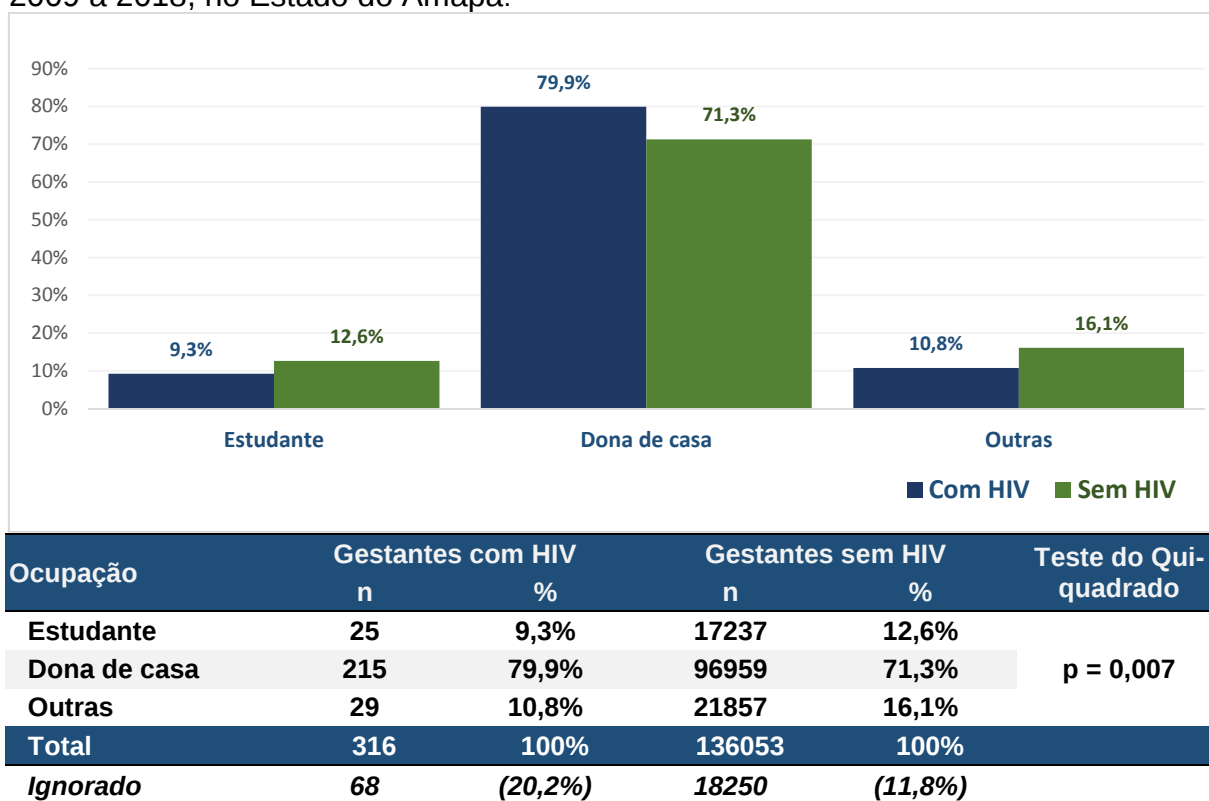
No estudo Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA, as mulheres tinham em média 28 anos, escolaridade 41,48 com ensino fundamental incompleto ou completo e 37,73% eram pardas (PAES et al., 2017). Com exceção da variável escolaridade os dados sociodemográficos desse estudo corroboram com os achados no Amapá, pois como há uma grande relação entre as populações dos dois estados da região norte, essa similaridade era esperada.

6.3.2 Ocupação

Quanto à ocupação (Gráfico 8, pág. 45), foram observadas diferenças significativas entre as gestantes com HIV e as gestantes sem HIV ($p = 0,007$). A

percentagem de donas de casa foi mais alta nas gestantes com HIV (79,9%) do que nas gestantes sem HIV (71,3%). Pelo contrário, as percentagens de gestantes estudantes e com outras ocupações foi mais alta nas gestantes sem HIV (12,7% e 16,1%, respetivamente) do que nas gestantes com HIV (9,3% e 10,8%, respetivamente). Os casos “ignorados” não foram considerados nem para o cálculo das percentagens nem para o Teste do Qui-quadrado.

Gráfico 8 - Distribuição das gestantes com HIV e sem HIV, por ocupação, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

Ramos, Menezes e Sousa (2013), ao traçarem o perfil das gestantes HIV/AIDS admitidas em uma maternidade de alto risco no município de Aracaju/SE, identificaram que a maior parte das gestantes possuía como ocupação o ofício “do lar”, em 2010, 52,9% (18), seguido de “ignorado” com 17,6% (6) e em 2011 a mesma ocupação prevaleceu com 40% (12), seguido também de “ignorado” com 40% (12). Esses dados podem estar relacionados tanto a uma condição de saúde comprometida, quanto aos obstáculos que essas mulheres com HIV enfrentam para entrar e manter-se no mercado de trabalho com esse diagnóstico.

Existe uma possível submissão financeira, em decorrência da maioria das mulheres serem donas de casa e dependerem do parceiro para o sustento dos seus

lares. Deve-se considerar a falta de autonomia financeira e emocional, as dificuldades para negociar o uso do preservativo, as relações sexuais forçadas, comércio sexual e as outras formas de submissão permeiam o aumento da epidemia entre mulheres (SILVA et al., 2019).

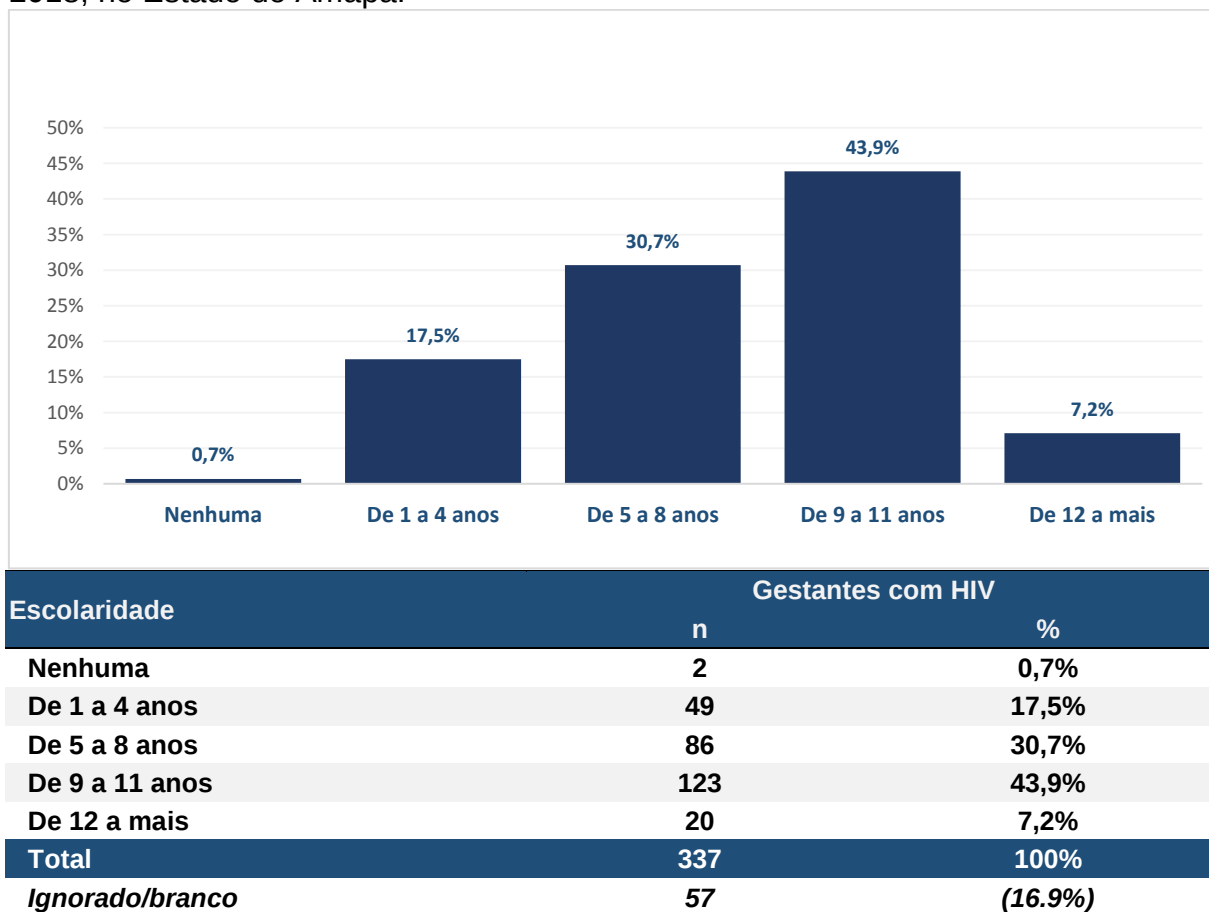
Outro fator associado ao grande número de mulheres que alegam ser “donas de casa” pode estar relacionado com o estigma da prostituição e sua articulação com a infecção pelo HIV na produção da ideia de “grupos de risco” também pode contribuir para que as mulheres relutem em associar seu trabalho à infecção (VILELA e BARBOSA, 2017). Também associado com o receio de não receberem acolhimento adequado nos serviços de saúde.

6.3.3 Escolaridade

Quanto à escolaridade, as gestantes com HIV apresentaram 43,9% de 9 a 11 anos (ensino médio incompleto ou completo), foram ainda observadas 30,7% das gestantes com escolaridade de 5 a 8 anos, 17,5% de 1 a 4 anos, 7,1% estudaram 12 anos de escolaridade ou mais e 0,7% sem escolaridade (Gráfico 9, pág. 46). Os 57 casos “ignorado/branco” não foram considerados para o cálculo das percentagens. Não foi possível realizar comparação entre os dados de gestantes sem HIV, pois não há similaridades na coleta das variáveis.

Vilela e Barbosa (2017) propagam sobre um quadro de vulnerabilidade social, expresso pelo baixo nível de escolaridade, precária inserção no mercado de trabalho e presença de violência na vida, que se coaduna com o perfil das mulheres vivendo com HIV/AIDS no país ao longo dos anos de epidemia.

Gráfico 9 - Distribuição das gestantes com HIV, por escolaridade, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



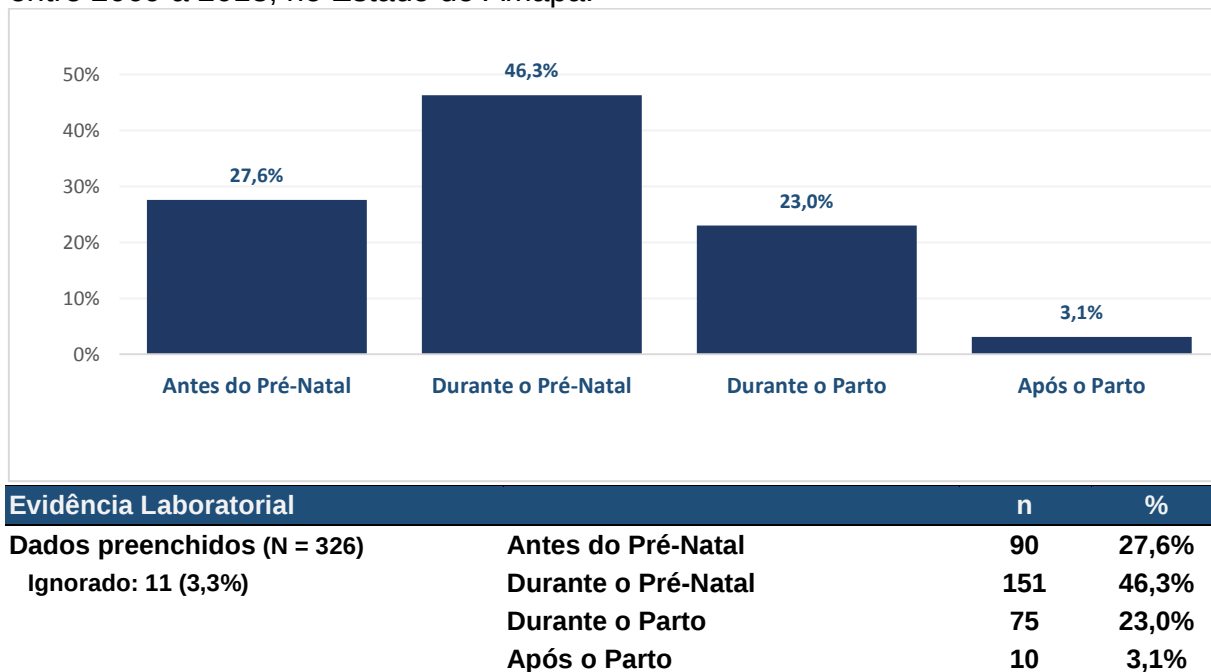
Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

6.4 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES COM HIV QUANTO A DADOS RELATIVOS À GESTAÇÃO E PARTO

As percentagens apresentadas foram calculadas a partir dos casos com informação concreta de cada variável, ou seja, não foram incluídos os casos codificados como “ignorado”, para não inviabilizar as informações.

Das 326 gestantes com HIV com dados da evidência laboratorial, 27,6% foi antes do pré-natal, 46,3% durante o pré-natal, 23,0% durante o parto e 3,1% após o parto (Gráfico 10). Houve 11 casos com informação “ignorado”.

Gráfico 10 - Caracterização das gestantes com HIV quanto à evidência laboratorial, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

No estudo de Menezes (2012) já havia conhecimento prévio da soropositividade para o HIV, 578 (75,1%) grávidas, 28 (3,6%) tomaram conhecimento de sua condição sorológica durante o pré-natal e 164 (21,3%) conheceram seu status sorológico no momento da internação para o parto por meio do teste rápido. Neste universo de grávidas soropositivas para HIV, 606 (78,7%) já conheciam esta condição antes e durante o pré-natal.

Durante o pré-natal 46,3% gestantes identificaram sua situação sorológica nas consultas, dado importante para a avaliação dos cuidados das gestantes nos serviços de saúde durante essa etapa da vida. Em contrapartida 23,0% das gestantes só descobriram sua condição sorológica durante o parto, graças a realização do exame nas salas de parto. Em uma situação totalmente indevida em 3,1% dos casos só foram identificados após o parto, situação que expõe o RN a todos os riscos da TV (Figura 8).

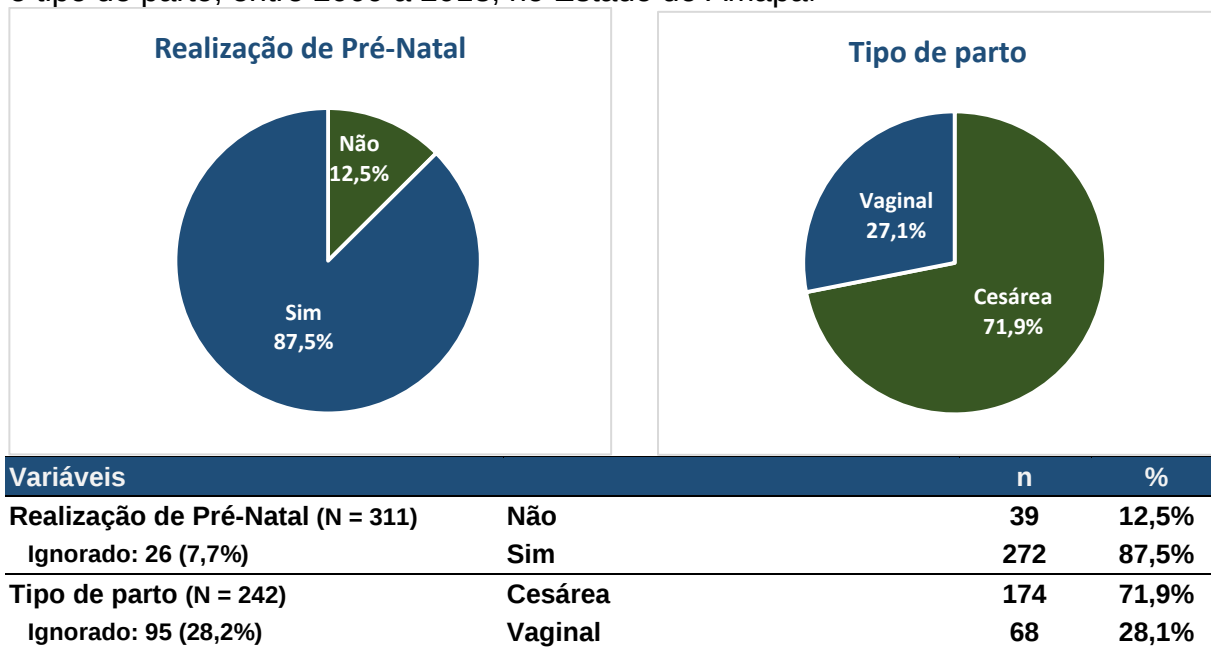
De acordo com Medeiros et al. (2015), o momento da descoberta da situação sorológica faz que mulher se sinta diferente e, portanto, não merecedora de respeito, dignidade e confiança. Cada gestante e de cada puérpera, pode-se perceber como as formas de sofrimento se intercalam entre choros, silêncios, tremores na fala,

negação da resposta ao sofrimento e até risos. Porém o desejo de ser mãe é maior que quaisquer outros sentimentos negativos.

A evidência laboratorial da infecção pelo HIV que pode ocorrer com gestantes em quatro situações, (I) Antes do pré-natal, com a realização de testes de rotina nas UBS ou CTA; (II) Durante o pré-natal, com a realização de testes no 1º trimestre da gestação e 3º Trimestre onde esses exames são preconizados pela rede cegonha; (III) Durante o parto, testes são realizados na admissão das maternidades ou salas de parto, já no período expulsivo; e ainda; (IV) Após o parto, em situações totalmente sem assistência quando o parto ocorre em domicílio ou outros locais (maior risco para a contaminação da criança).

Relacionado à realização do pré-natal 87,5% das gestantes alegou ter realizado as consultas, sendo válidos, nessa categoria, 311 fichas e 26 ignorados. O maior percentual de partos foi cesárea, 71,9%, sendo consideradas 242 fichas que continham informações válidas e 95 casos ignorados (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Caracterização das gestantes com HIV, quanto à realização de pré-natal e tipo de parto, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

A escolha do parto depende de três situações: - (I) Se uma Gestante com CV desconhecida ou detectável na 34ª semana, a escolha do parto é por um parto cesáreo, eletivo, empelidado, a partir da 38ª semana, com uso do AZT injetável no

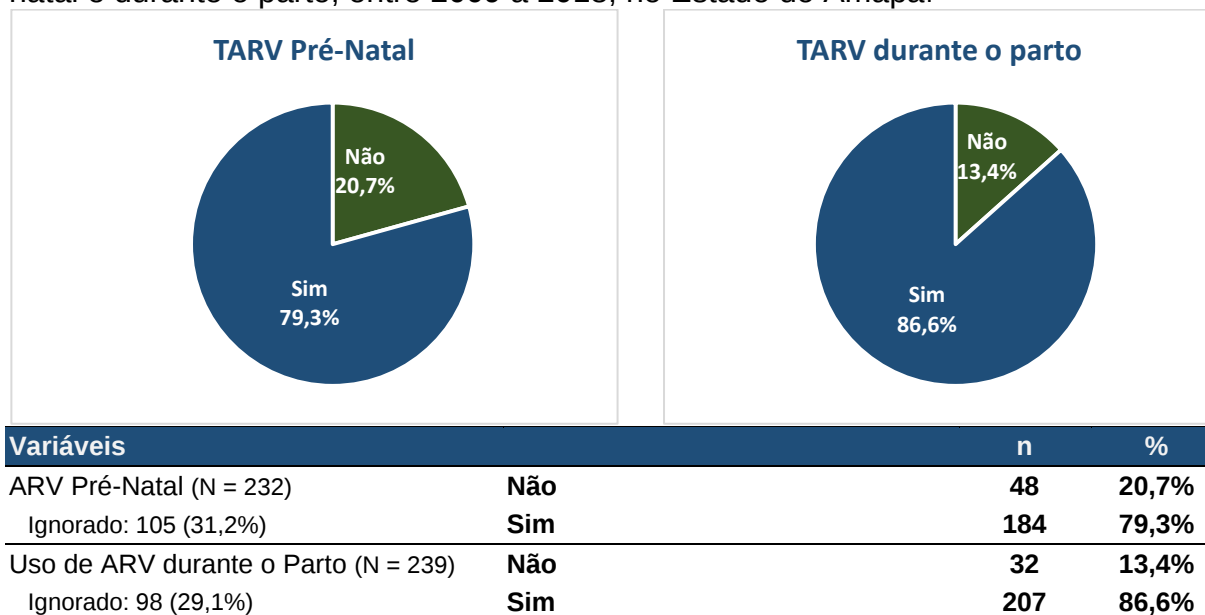
parto; (II) Se uma Gestante com CV detectável, porém menor que 1.000 cópias/mL na 34ª semana, a escolha do parto segundo indicação obstétrica; pode ser vaginal, com uso de AZT injetável no parto; e; (III) Gestante com CV indetectável na 34ª semana, a opção de parto segundo indicação obstétrica, preferencialmente vaginal, com a manutenção do TARV oral (BRASIL, 2019)

Farias et al. (2008) relatam que em casos de HIV em gestantes a escolha de via parto pelos obstetras é de realizar a cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto. Adicionalmente, 67,4% (87/129) deles concordaram completamente em manter a indicação de cesárea mesmo quando a paciente estiver em trabalho de parto, conquanto que as membranas estejam íntegras e dilatação cervical seja de até 3 a 4 cm. O parto vaginal, para 38% dos obstetras avaliados, estaria proscrito nas parturientes HIV positivo e a cesárea deveria ser sempre a via de parto de acordo com 63,6 % deles.

A infecção perinatal é a principal forma de TV, correspondendo a aproximadamente 65% das transmissões do vírus. Refere-se à exposição de mucosas do concepto ao sangue materno e/ou outras secreções infectadas durante a passagem do bebê pela vagina. A cesariana protetora (eletiva) realizada antes do início do trabalho de parto pode reduzir o risco de TV em até 50%, possivelmente reduzindo as pequenas lesões que ocorrem no trabalho de parto e a exposição das mucosas (intestinal, genital e conjuntival) do RN ao contato com o vírus durante a passagem pelo canal de parto (SRIPAN, 2015).

O Gráfico 12 apresenta que 79,3% usaram TARV no pré-natal e 86,6% usaram durante o parto, essas condutas favorecem a segurança do binômio mãe/feto, um adequado manejo da gestante com HIV, com a utilização da TARV adequada nessa fase da vida. Na gestação não é recomendado o uso de alguns medicamentos antirretrovirais, como o Dolutegravir (causa efeitos teratogênicos) que faz parte do esquema principal do TARV para PVHIV, por isso em primeira escolha é usado um esquema terapêutico específico (Tenofovir, Lamivudina e Raltegravir). Ainda no momento do parto o uso de AZT injetável e o xarope de AZT para o RN (em casos de mulheres que não faziam tratamento durante o pré-natal, o uso do Xarope de Nevirapina para o RN, também é preconizado) (BRASIL, 2019).

Gráfico 12 - Caracterização das gestantes com HIV, quanto ao uso de TARV pré-natal e durante o parto, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



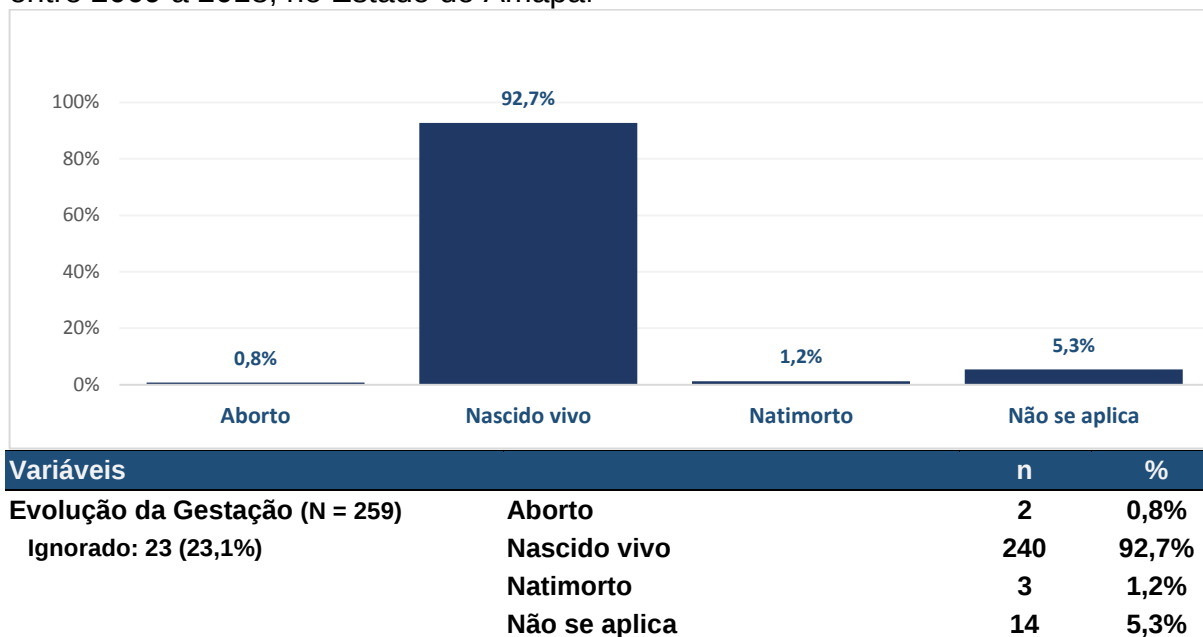
Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

Durante o pré-natal a maioria das gestantes realizava o uso da TARV, o ideal era que todas as gestantes com HIV tivessem a oportunidade da realização do tratamento, porém o Gráfico 10 demonstra que 20,7% não realizavam o tratamento. Essa falta de realização de TARV na gestação impõe um período de internação maior, normalmente a criança exposta ao HIV que fará uso do AZT oral por 28 dias, tem alta hospitalar em 48h, o tratamento ocorre em casa, mas os filhos de mulheres que não realizaram tratamento, precisam de acompanhamento por 5 dias, com o uso da Nevirapina oral (BRASIL, 2019). O início do tratamento dos RN deve ocorrer nas primeiras horas de vida, 92,1% foram atendidos de forma adequada.

No estudo de Lima et al. (2014), foram analisados 1364 casos de gestantes com HIV, dentre elas 914 (67,01%) parturientes fizeram uso de antirretrovirais durante o parto. E reforçam que os cuidados durante o parto podem ser reflexos da contribuição dos programas que impactaram a atenção básica do país nos últimos 10 anos, como a ESF, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, Projeto Nascer, Plano Operacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.

Das 259 gestantes, com informação em completude, a evolução da gestação, 240 (92,7%) tiveram nascido vivo, registrando-se 3 (1,2%) com natimorto e 2 (0,8%) abortos (Gráfico 13, pág. 52).

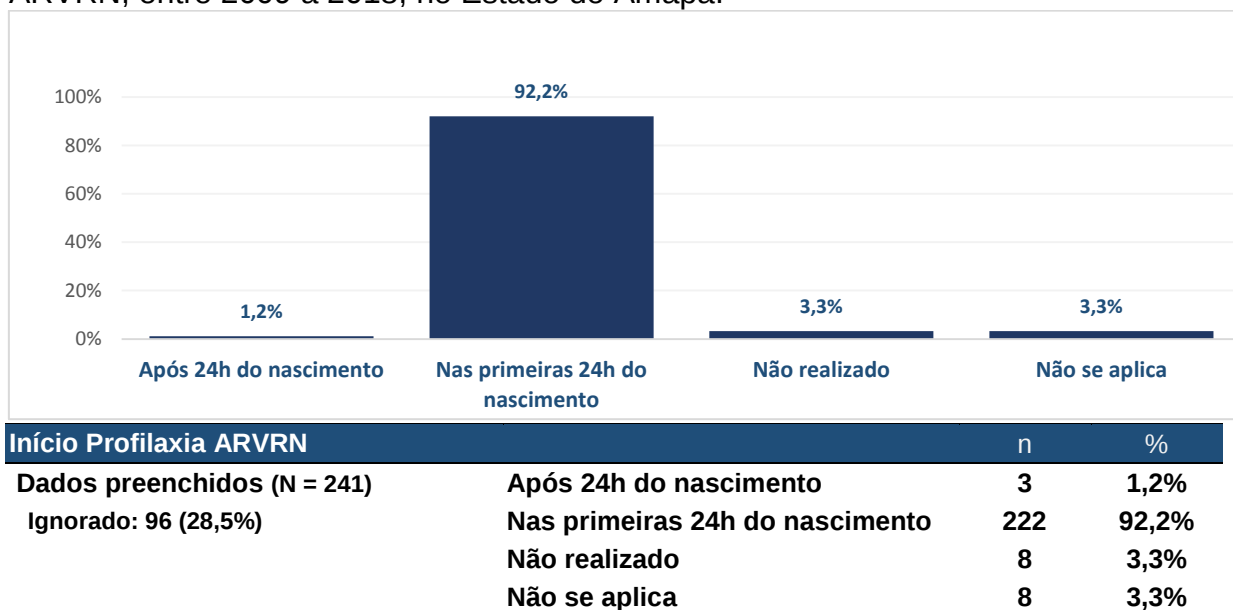
Gráfico 13 - Caracterização das gestantes com HIV quanto à evolução da gestação, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

O início da profilaxia ARVRN ocorreu nas primeiras 24h do nascimento na maioria das gestantes (92,2%). Apenas 3 (1,2%) gestantes iniciaram a profilaxia ARVRN após 24h do nascimento (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Caracterização das gestantes com HIV quanto ao início profilaxia ARVRN, entre 2009 a 2018, no Estado do Amapá.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

Para Vilela e Barbosa (2017), o fato das mulheres não serem contempladas nas políticas de prevenção ao HIV, que têm suas ações voltadas apenas para a identificação de gestantes, acaba por limitar o acesso de não grávidas ao diagnóstico, impedindo que essas mulheres iniciem o tratamento em um tempo oportuno. A infecção pelo HIV na população feminina tem uma dinâmica específica, visto que grande parte das mulheres não se reconhece fazendo parte de grupos e comportamentos considerados “de risco”, o que acaba por dificultar a adoção de tecnologias de proteção.

Ainda, por direitos sexuais entende-se a livre expressão e vivência da sexualidade sem violência, discriminações e imposições e respeito pleno pelo corpo do parceiro. Os direitos reprodutivos são concebidos como o direito das pessoas sobre a decisão, livre e responsável, de ter ou não filhos, como também o número de filhos e em que momento de suas vidas a mulher os deseja (SILVA, 2016).

A compreensão da situação mulher com HIV e gestante ainda necessita maior atenção dos profissionais de saúde, pois se deve atentar mais ao “Ser Mulher”, do que para a condição sorológica. O conhecimento de seu perfil epidemiológico permite encontrá-las em seu contexto social, mas o aprofundamento de suas características individuais para o coletivo necessita de mais estudos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estado do Amapá, no período do estudo, foi caracterizado que a maioria das gestantes com HIV eram residentes da capital Macapá, em idade reprodutiva de 20 a 24 anos, com ensino médio, pardas e com ocupação de dona de casa. Relacionados ao pré-natal, parto e puerpério verificou-se, também, que maioria das mulheres descobriu a condição sorológica durante o pré-natal, usaram TARV durante o pré-natal/parto, maioria dos partos foram cesarianos e o início da profilaxia ARVRN ocorreu nas primeiras 24h do nascimento.

Com todos os instrumentos de gestão a saúde e tecnologias de tratamentos, o acolhimento nessas situações deveria ser natural, com empenho de medidas protetivas ao produto da gestação, dando segurança e autonomia para a mulher, porém o estudo apontou que muitas não conheciam sua condição sorológica e só tiveram oportunidade de saber no momento do parto.

A análise dos dados sofreu limitações devido à incompletude de informações nas fichas de notificação, essa falta de informações que podem ter ocorrido por falta de informações, por imperícia ou negligência profissional no preenchimento. O preenchimento adequado de todas as informações permite uma análise mais robusta e assim a construção consistente de estratégias ao enfrentamento da infecção, e ainda, conscientização sobre os direitos reprodutivos e sexuais de mulheres com HIV e a segurança para a gestação.

Os resultados deste estudo poderão dar suporte ao monitoramento dos casos de HIV em gestantes e outros agravos que precisam de completude nas informações, e demonstrando quanto à falha no processo de informações pode ocasionar equívocos de interpretação de dados, fatores que não auxiliam na fidelidade dos mesmos.

Constata-se também a necessidade de um aprofundamento em mais fatores que ocasionam a infecção pelo HIV na gestante, de forma a auxiliar no monitoramento da criança exposta, contribuindo para a construção de políticas específicas para o a proteção integral da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; SIMÕES-BARBOSA, R. H. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Caderno de Saúde Pública**. V. 22, n. 10, p. 2115-2123, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/10.pdf>>. Acesso: 05 set. 2019.

AMAPÁ. **Boletim Epidemiológico. Superintendência de Vigilância em Saúde/SVS** – Amapá/BR – Nº023/2018 - HIV/AIDS – edição 01/2018 – UDT/NVE/DEVS/SVS. Amapá, 2018. Disponível em: <http://editor.cotec.ap.gov.br/arquivos_portais/publicacoes/SVS_4cdf0f4905a2996e63c80b0bd54999d1.pdf>. Acesso: 30 maio. 2018.

_____. **Análise de Situação em Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde/SVS** – Amapá/BR – Nº001/2019 - CIASS /DEVS/SVS. Amapá, 2019.

ARAÚJO, N. M., SALIM, N. R., GUALDA, D. M. R., & SILVA, L. C. F. P. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/04.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

AYRES, J. et al. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências, 2003.

BARBOSA D.C.M., FORSTER A.C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto. **Caderno de Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 424-433, 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_p424-33.pdf>. Acesso: 05 out. 2018.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década** [online Temas em Saúde collection], 104 p. ISBN: 978-85-7541-301-2. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. 1999. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

_____. _____. **Política Nacional de DST/aids**: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

_____. _____. Portaria n. 2104, de 19 de novembro de 2002. **Projeto Nascer-maternidades**. 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O Remédio via Justiça**: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais. Programa Nacional de DST e Aids. Série Legislação nº 3. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medic_justica01.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

_____. _____. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica**, nº 32).

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Cadernos de boas práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014a.

_____. _____. **Diagnóstico do HIV**. Telelab: Diagnóstico e monitoramento. Out.2014b. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22163/mod_resource/content/2/HIV%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

_____. _____. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 2 ed. Brasília: 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017b.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. _____. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª** – semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016. Ano V – n. 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017c. Brasília: 2017b. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/387532/>> . Acesso em: 01 jun, 2018

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV – Aids** [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>>. Acesso em 14 jul. 2019.

_____. _____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde,

2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 04 set. 2019.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A., SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar-abr, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

CAMPOS, M.S; COELHO, M.T.A.D. A AIDS e o discurso homofóbico da indústria cinematográfica hollywoodiana. Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero. **Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**; Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278272053_ARQUIVO_AAids.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

CARVALHO, F.T.; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p. 1889-1898, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a24v13n6.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2019.

CASTRO-SILVA, C. R. HEWITT, W.E.T. CAVICHIOLI, S. Igualdades e dessimetrias: A participação política em ONGs HIV/AIDS do Canadá e do Brasil. **Psicologia e Sociologia**, Minas Gerais, v. 19, n.2, p. 79-88, mar. 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (US CDC.). Epidemiologic Notes and Reports Update on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections in Previously Healthy Persons -- United States. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 1982. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001111.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Parecer normativo n. 001/2013. **Legislação profissional. Competência do enfermeiro para realizar teste rápido para detecção de HIV, sífilis e outros agravos**. 2013.

DIAS, E. G. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista SUTINERE**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 52-62, jan-jun, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/download/31722/25719>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M., et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, n. 28, p. 425-437, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; LEAL, M. C. Mother to child transmission of HIV in Brazil: Data from the "Birth in Brazil study", a national hospital-

based study. **PLOS ONE**. February 13, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192985>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

FARIA, E. R. et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30 n. 2, p. 197-203, Abr-Jun, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/09.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

FARIAS, J. P. Q. et al. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30; n. 3; p. 135-41, 2008. Disponível em: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF5/003399_Rev%20Bras%20Ginec%20Obst%2014.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

FERNANDES, N. M. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 2013. 243 f. Tese [Doutorado em Pesquisa Clínica em Doenç s Infec ciosas] – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

FERNANDES, L. C. **Os extremos da fronteira brasileira estudos de caso: Oiapoque e Chu **. Porto Alegre: IGEO/UFRGS, 2010, [71 f]. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Instituto de Geociências. Departamento de Geografia. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/28500>>. Acesso em: 04 out. 2019.

FILGUEIRAS, P.L. et al. Caracterização das gestantes portadoras de HIV no estado da Paraíba, 2008 – 2012. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**, v. 18, n.2, p.115-124. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/21010>>. Acesso em: 02 set. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. INSTITUTO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **O vírus da AIDS 20 anos depois: a epidemia da AIDS através dos tempos**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em: 07 out. 2019.

GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S.S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a06.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 9-20, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>>. Acesso: 05 ago. 2019.

GIR, E. et al. A feminização da aids: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV -1. **DST – Jornal brasileiro de doenç s sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 73-76, 2004. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/9.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

GRANGEIRO, A; ESCUDER, M. M. L; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.3, p. 430-441, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1587.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

GRANJEIROS, A. et al. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 19, n.52, p. 5-6, 2015.

GRUSKIN, S.; FERGUSON, L.; O'MALLEY, J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights. **Reproductive Health Matters**. v.15, n. 29, p. 4-26, 2007. Disponível em: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF2/01222_overviewkeyhrights.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

HOLANDA, et al. Análise espacial da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana entre gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Maio-Jun. v. 23, n. 3, p. 441-449. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0481-2574.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/a/panorama>>. Acesso: 10 abr. 2018.

LAGUARDIA J., et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Desafios no Desenvolvimento de um Sistema de Informação em Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 135-147, 2004. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n3/v13n3a02.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

LASTA, L. D. et al. A incidência do HIV em pacientes idosos. **Rev Contexto Saúde**, v. 10, n. 20, pag. 599-602, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1595>>. Acesso: 07 set. 2019.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p.311-318, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0311.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2019.

LIMA, S. K. S. S. et al. Caracterização das gestantes com HIV/AIDS admitidas em Hospital de Referência. **SANARE**, Sobral - V.16 n.01,p. 45-51, Jan./Jun. – 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1093>>. Acesso em: 24 jul. 2019.

MARTINS, Ronei Ximenes. **Metodologia de pesquisa**: guia de estudos. Lavras : UFLA, 2013. Disponível em: <<http://www.dired.ufla.br/portal/wp->

content/uploads/2015/03/Guia-Metodologia-de-Pesquisa.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

MEDEIROS, A. P. D. S. et al. A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, mai/jun; v. 23, n.3, p. 362-367, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a12.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

MELO, M. A. S. et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Revista de Administração da Saúde** - v. 18, n. 71, abr. – jun. 2018. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104/152>>. Acesso em: 16 set. 2019.

MENEZES L. S. H. et al. Prevalência da Infecção por HIV em Grávidas no Norte do Brasil. **DST - Jornal brasileiro de Doenças Sexuais Transmissíveis**, v. 24, n. 4, p. 250-254, 2012. Disponível em: <dst.uff.br/revista24-4-2012/6-Prevalencia%20da%20Infeccao%20por%20HIV%20em%20Gravidas.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

MURRAY J.F. Epidemiology of human immunodeficiency virus- associated pulmonary diseases. **Clin Chest Med**, n. 34, p. 165-179, 2013. Disponível em: <[https://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231\(13\)00043-9/pdf](https://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231(13)00043-9/pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2018.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2016, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.252-261. <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

QUEIROZ, I. V. P., MEDEIROS. N. M. Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [2]: 629-646, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a16.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

PAES, A.L.V. et al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 3, p. 100-109, jul. ago. set. 2017. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1313>>. Acesso em: 03 set. 2019.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites, perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa, LIMA, Júlio César França. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PORTELA, A.S.; LEAL, A.A.F.; WERNER, R.P.B.; SIMÕES, M.O.S.; MEDEIROS, A.C.D. Políticas públicas de medicamentos: Trajetórias e desafios. **Revista de Ciência Farmacêutica Básica Aplicada**, v. 31, n.1, 2010. Disponível em: <

http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/930/930>. Acesso em: 16 jun. 2018.

RAMOS, J. I. M.; MENEZES, L.S.; SOUSA, D.S. Perfil das gestantes HIV/AIDS admitidas em uma maternidade de alto risco no município de Aracaju/SE. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**. Aracaju, v. 1, n.17, p. 27-38, out. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/757>>. Acesso: 16 ago. 2019.

ROCHA, I.M. S. BARBOSA, V. S. S. LIMA, A. L. S. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. São Paulo: **Revista Recien**, v. 7, n. 21, p:21-29. 2017. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239/326>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

RODRIGUES, D.A.L.; PRAÇA, N.S. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 2, pag. 321-327, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/17.pdf>>. Acesso: 06 ago. 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.(Org.). **Rouquayrol – Epidemiologia & Saúde**. 7. ed., Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável** [tese]. Universidade de São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01102003-185727/pt-br.php>>. Acesso: 06 set. 2019.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: Dupla vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS. **Saúde Social**. São Paulo, v.25, n.3, p.602-618, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

SILVA, T. M. **Direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência de Recife/PE**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/18676/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20completa%20NOVO.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

SILVA, M. Z. N. ANDRADE, A. B. BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2019.

SILVA, T.C.F., SOUSA, L.R.M., JESUS, G.J., ARGOLO, J.G.M., GIR, E., REIS, R.K. Fatores associados ao uso consistente do preservativo masculino entre mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. v. 28, n. 2, p. 1-12, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0124>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

SILVEIRA, P., TAVARES, C., MARCONDES, F. Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. ESPECIAL v.4, p. 63-68, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe4/nspe4a10.pdf>>. Disponível em: 02 out. 2018.

SONTAG, S. Doença como metáfora, Aids e suas metáforas. **Companhia das Letras**. v. único, p. 168. São Paulo, 2007. Disponível em: <<https://filosoficabiblioteca.files.wordpress.com/2017/10/susan-sontag-doenc3a7a-como-metc3a1fora-aids-e-suas-metc3a1foras.pdf>>. Acesso: 27 jul. 2019.

SORDI, B.A.; MALCHER, C.D.; LIMA, M.L.C. & MOREIRA, A.C.G.. “A feminização da aids: efeitos da moral médica”. **Polêm!ca**. v. 15, n. 2, p. 13-28. 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/17957/13248>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

SRIPAN, P. et al. Modeling of In-Utero and Intra-Partum Transmissions to Evaluate the Efficacy of Interventions for the Prevention of Perinatal HIV. **PLoS ONE**. v. 10, n. 5. 2015. Disponível em: <http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-08/010064660.pdf>. Acesso em: 04 set. 2019.]

SZWARCWALD, C. L. CASTILHO, E. A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 p. 4-5, 2011.

TERTO JR, V. Homossexualidade e saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, junho de 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19080.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

TRABULSI, L. B.; ALTERTHUM F. **Microbiologia**. 6. ed. São Paulo, Atheneu – 2015.

TRONCO, G. B. RAMOS, M. P. Linhas de pobreza no Plano Brasil Sem Miséria: análise crítica e proposta de alternativas para a medição da pobreza conforme metodologia de Sonia Rocha. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro v. 51, n., p.294-311, mar. - abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v51n2/0034-7612-rap-51-02-00294.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

TURTLE, L. et al. Intensive Care Usage by HIV-Positive Patients in the HAART Era. **Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases**. v. 2011, Article ID Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ipid/2011/847835/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

UNAIDS. **Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV**: operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, Gender Equality and HIV. Geneva: UNAIDS; 2010. Disponível em: <https://www.unicef.org/aids/files/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2018.

VIEIRA, A.C.S. et al. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Revista Katálisys**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0196.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

VIEIRA, A. C. B. C. et al. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n.4, p. 644-651, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2487.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

VIEIRA, B.D.; PARIZZOTO A.P.A.V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência – ACBS**. 2013. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2559/pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

VILLARINHO M. V., et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, mar-abr; v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

VILLELA, W.V.; BARBOSA, R.M. Trajetória de mulheres vivendo com HIV/ aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0087.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2019.

WHO (World Health Organization). **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV**. Geneva, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2019.

ANEXO I

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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 Agravo/doença GESTANTE HIV		Código (CID10) 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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 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 à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso						
Ant. epid. mãe/ HIV	31 Ocupação		32 Evidência laboratorial do HIV: 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto				
	Pré-Natal						
Dados Pré-Natal	33 Fez/ Faz pré-natal 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		34 UF	35 Município de realização do Pré-Natal		Código (IBGE)	
	36 Unidade de realização do pré-natal:		Código				
	37 N° da Gestante no SISPRENATAL		38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		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 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica				
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		46 Evolução da gravidez: 1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica				
	47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado						
Investigador	Município/Unidade de Saúde					Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura		

Gestante HIV +

Sinan NET

SVS

17/07/2006

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: HIV EM GESTANTES NO ESTADO DO AMAPÁ: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO PERÍODO DE 2009 A 2018

Pesquisador: Sandro Rogério Mendes da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 04143418.3.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.450.592

Apresentação do Projeto:

Emenda não implica em pendências éticas

Objetivo da Pesquisa:

Emenda não implica em pendências éticas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Emenda não implica em pendências éticas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de acordo com a resolução 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 3.450.592

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1394849_E1.pdf	09/07/2019 08:46:16		Aceito
Outros	emenda.docx	09/07/2019 08:44:20	Sandro Rogério Mendes da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_corrigida.pdf	15/01/2019 13:59:11	Sandro Rogério Mendes da Silva	Aceito
Outros	solicitacao.docx	28/11/2018 19:41:58	Sandro Rogério Mendes da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SANDRO_TESE_CEP.docx	28/11/2018 19:32:33	Sandro Rogério Mendes da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia.pdf	28/11/2018 19:31:11	Sandro Rogério Mendes da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 11 de Julho de 2019

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador(a))