

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Julia Marques Aguirre
Paola Renon Rosa da Costa
Gustavo Fleury Gomes Ferreira
Isnard Borges Machado Neto
Laura de Freitas Moreira

**Perfil clínico-epidemiológico da infecção por HIV em gestantes em Anápolis-Goiás: uma
análise retrospectiva**

Anápolis, Goiás
2023

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**Perfil clínico-epidemiológico da infecção por HIV em gestantes em Anápolis-Goiás: uma
análise retrospectiva**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de
Iniciação Científica do curso de medicina da
Universidade Evangélica de Goiás –
UniEVANGÉLICA, sob a orientação da
Profa. Dra. Constanza Thaise Xavier Silva.

Anápolis, Goiás

2023

**TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À Coordenação de Iniciação Científica Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Orientadora Prof. Dra. Constanza Thaise Xavier Silva venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) Julia Marques Aguirre, Paola Renon Rosa da Costa, Gustavo Fleury Gomes Ferreira, Isnard Borges Machado Neto e Laura de Freitas Moreira estarão sob minha supervisão para desenvolver o trabalho de curso intitulado **“Perfil clínico-epidemiológico da infecção por HIV em gestantes em Anápolis-Goiás: uma análise retrospectiva”**. O projeto em anexo foi revisado e aprovado e será seguido até a conclusão do mesmo.

Anápolis, 22 de Outubro de 2023.

Pesquisador(a) Responsável

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizada por enfraquecer o sistema imune do hospedeiro, principalmente os linfócitos CD4, levando a um quadro de imunossupressão. Sua transmissão é comumente durante a relação sexual sem uso de preservativo e pela troca de fluidos corporais, transfusões sanguíneas, transplantes de órgãos e por compartilhamento de agulhas contaminadas. Seu contágio também pode acontecer durante a gravidez, no parto, pela amamentação, quando a mãe é soropositiva sem tratamento. O diagnóstico e o tratamento precoce podem garantir o nascimento saudável do bebê, sendo de extrema relevância que todas as gestantes na rotina pré-natal, façam a testagem rápida para o HIV. Posto isso, o estudo teve por objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico da infecção por HIV em gestantes expostas ao risco de transmissão vertical na cidade de Anápolis-Goiás. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo. Será realizado no município de Anápolis - GO, tomando como fonte de informação os casos de HIV em gestantes a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente ao período de 2017 a 2022. Foram notificadas 60 gestantes, sendo o perfil das gestantes HIV+ em Anápolis-GO, composto por mulheres entre 25 a 34 anos (53,3%), pardas (75%) e com ensino incompleto (36,7%). A maioria das gestantes realizaram o pré-natal (95%), foram diagnosticadas antes deste (55%), deram preferência pela cesárea eletiva (30%), apresentaram boa evolução da gestação (55%), e realizaram a profilaxia anti-retroviral durante a gestação (68,3%) e nos recém-nascidos nas primeiras 24h após o parto (50%). Evidencia-se que a infecção por HIV em gestantes tem aumentado no município de Anápolis, sendo necessárias estratégias de prevenção e controle, principalmente por implicar tanto na saúde das gestantes, quanto das crianças contaminadas pela transmissão vertical.

Palavras-chave: Epidemiologia. Gestantes. HIV. Infecções por HIV. Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is caused by the human immunodeficiency virus (HIV), characterized by weakening the host's immune system, mainly CD4 lymphocytes, leading to immunosuppression. It is commonly transmitted during sexual intercourse without using a condom and through the exchange of body fluids, blood transfusions, organ transplants and sharing contaminated needles. Its contagion can also happen during pregnancy, during childbirth, through breastfeeding, when the mother is HIV positive without treatment. Early diagnosis and treatment can guarantee the healthy birth of the baby, and it is extremely important that all pregnant women in their prenatal routine undergo rapid testing for HIV. That said, the study aimed to describe the clinical-epidemiological profile of HIV infection in pregnant women exposed to the risk of vertical transmission in the city of Anápolis-Goiás. This is an epidemiological, descriptive, cross-sectional and retrospective study. It will be carried out in the city of Anápolis - GO, taking HIV cases in pregnant women as a source of information from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) database for the period from 2017 to 2022. 60 pregnant women were notified, The profile of HIV+ pregnant women in Anápolis-GO is made up of women between 25 and 34 years old (53.3%), mixed race (75%) and with incomplete education (36.7%). The majority of pregnant women underwent prenatal care (95%), were diagnosed before this (55%), preferred elective cesarean section (30%), had a good pregnancy outcome (55%), and underwent antiretroviral prophylaxis. during pregnancy (68.3%) and in newborns in the first 24 hours after birth (50%). It is evident that HIV infection in pregnant women has increased in the city of Anápolis, requiring prevention and control strategies, mainly because it affects both the health of pregnant women and children infected by vertical transmission.

Key words: Epidemiology. HIV Infections. Infectious Disease Transmission, Vertical. Pregnant Women.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Conceito e Epidemiologia.....	10
2.2 Fisiopatologia.....	11
2.3 Aspectos clínicos.....	11
2.4 Diagnóstico.....	12
2.5 Tratamento.....	13
2.6 Transmissão vertical.....	15
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. METODOLOGIA	18
4.1 Tipo de estudo.....	18
4.2 População de estudo.....	18
4.3 Coleta de dados.....	18
4.4 Aspectos éticos.....	18
4.5 Análise de dados.....	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSSÃO	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	33
Anexo 1: Ficha de investigação gestante HIV+	33
Anexo 2: Parecer de aprovação do CEP.....	34
APÊNDICES	38
Apêndice 1: Instrumento de Coleta de Dados.....	38

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (do inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome, Aids*) é uma patologia provocada pelo vírus da Imunodeficiência humana (do inglês, *Human Immunodeficiency Virus, HIV*), que atua enfraquecendo o sistema imune do hospedeiro, principalmente os linfócitos CD4+ e também outras células de defesa, como monócitos e macrófagos, faz com que o indivíduo acometido fique vulnerável ao acometimento por outros agentes infecciosos (TEIXEIRA et al, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde o HIV e o HIV em gestantes foram implementados, desde 2014 e 2000, respectivamente, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças. No período de 2007 a 2021, houve mais de 380 mil casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 29 mil desses na região Centro Oeste e 115 mil em mulheres. De 2000 a 2021 houve mais de 140 mil casos de HIV em gestantes. Apesar do alto número de casos notificados, acredita-se que exista uma porcentagem subnotificada, suspeitando-se que os números são maiores (BRASIL, 2021).

A transmissão do vírus ocorre principalmente por meio do contato sexual (oral, vaginal ou anal) desprotegido com algum indivíduo soropositivo (que já é portador do vírus). Também pode ocorrer transmissão por meio do compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados (agulhas, tesouras e alicates) e ainda, durante a gestação, onde uma mãe soropositiva sem tratamento transmite o vírus para a criança ainda durante a gravidez, no parto ou pela amamentação (BRASIL, 2013).

O gradativo aumento na incidência e na prevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, em especial nas mulheres, com uma taxa de aproximadamente 50% dos infectados, desencadeou uma busca incessante para o desenvolvimento de medidas

intervencionistas. Com a maior parte das mulheres em idade reprodutiva, e não desprezando o alto risco de transmissão vertical, a administração profilática e terapêutica da Zidovudina (AZT) isolada durante a gestação propiciou uma significativa queda nas taxas de transmissão do HIV ao feto ou recém-nascido (KONOPKA et al, 2010).

Recomendado para todas as gestantes na rotina do pré-natal, a testagem rápida para o HIV, implementada no ano de 2005 na rede pública brasileira, é de extrema relevância ao permitir a realização do diagnóstico precoce. Com isso, a otimização do encaminhamento, tratamento e a assistência adequada a esse grupo é obtida de maneira eficaz, além da possibilidade de se ter um maior controle da carga viral e conseqüentemente um menor risco de transmissão vertical (LIMA et al, 2016; TAQUETTE, 2017; PREVIATTI, 2019).

A carência de informações e conhecimentos na grande maioria das vezes implica em um diagnóstico tardio, o que acarreta em um maior risco de exposição e possível contaminação do feto. Dessa forma, é imprescindível que a testagem para o HIV seja feita no primeiro trimestre de gestação a fim de que se inicie o tratamento, em casos positivos, o mais rápido possível com o objetivo de redução dos riscos, tanto ao feto quanto à mãe (FREIRE et al, 2021; LIMA et al, 2016).

Apesar de ainda não se ter confirmada uma cura definitiva para a infecção do HIV, existe a possibilidade, de forma eficaz, de realizar o tratamento dessa doença, o qual foi instituído na década de 90 e hoje é de acesso universal aos portadores da doença. Por ser um vírus de ácido ribonucleico (do inglês, *Ribonucleic Acid*, RNA), a medicação preferencial a ser utilizada é baseada em fármacos antirretrovirais, os quais impedem a reprodução viral e permitem que a progressão da doença seja retardada (CECCATO et al, 2004; BRASIL, 2017; SOUZA et al, 2019).

Um problema relevante que aflige a sociedade atual é que a maioria das mulheres só descobrem que são soropositivas quando o filho é diagnosticado com HIV (no pré-natal, parto ou puerpério), contribuindo para o aumento dos casos de HIV nos fetos¹². É notório, portanto, que conhecer o perfil epidemiológico do vírus da HIV em gestantes no Brasil é de extrema importância, pois vai de encontro à criação de políticas públicas e de estratégias de prevenção, diminuindo, assim, o número de internações e complicações decorrentes da infecção. Como exemplo, sabe-se que medidas profiláticas ao longo da gestação reduz a transmissão materno infantil a índices menores que 2% (CARNEIRO et al, 2021).

Na década de 90, foi instituído no Brasil o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com o intuito de coletar dados epidemiológicos no país, de forma que contribuiu para o armazenamento de informações a respeito de determinadas infecções, como HIV, tuberculose, sífilis, hanseníase, dentre outras. Sendo considerada a principal plataforma disponível para a análise do perfil de determinada doença, detectar epidemias e criar estratégias de controle epidemiológico (LANGUARDIA et al, 2004).

Em face do impacto da transmissão vertical do HIV e do aumento do número de casos de gestantes soropositivas, é importante que se conheça a realidade clínica-epidemiológica da doença para que ações de prevenção e controle sejam adotadas. Ante essa questão, o presente estudo teve por objetivo descrever o perfil clínico epidemiológico da infecção por HIV em gestantes na cidade de Anápolis-Goiás, entre os anos de 2017 a 2022.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito e Epidemiologia

O HIV caracteriza-se como um Retrovírus de Ácido Ribonucleico (RNA), o qual possui como alvo os linfócitos T CD4 do sistema imunológico humano. Pacientes infectados pelo HIV podem permanecer anos assintomáticos e sem apresentar progressão da doença. A infecção, por sua vez, é dividida em fase aguda, fase assintomática e fase sintomática, quando o indivíduo não é submetido ao tratamento, ocorre à progressão da fase aguda até a fase sintomática em aproximadamente dez anos (SANTOS *et al.*, 2020).

A infecção pelo HIV, caso não controlada previamente, pode culminar em uma manifestação clínica tardia denominada Aids. Em pacientes com Aids é possível observar um quadro de imunossupressão constante, de forma que diminui os mecanismos de defesa do portador, facilitando o desenvolvimento de outras doenças que atacam em casos de imunossupressão (CALDAS *et al.*, 2018).

Os primeiros casos da infecção por HIV ocorreram na década de 80 no Brasil, sendo considerado uma epidemia que se tornou um problema de saúde. Nessa época o cenário global do HIV acometia principalmente homo e bissexuais masculinos e hemofílicos e, posteriormente, usuários de drogas injetáveis. No entanto, ao longo das últimas quatro décadas, houve uma mudança em tal cenário, se observando uma maior feminização dessa epidemia (mulheres em idade reprodutiva), sendo ainda marcado pela maior presença em gestantes, o que proporciona um maior risco devido a possibilidade de transmissão vertical, gerando problemas físicos e psicológicos tanto para a grávida quanto para o feto (SOUZA *et al.*, 2019; CAVALCANTE, 2020).

A prevalência do vírus em gestantes no Brasil em 2018 foi de 2,2%, enfatizando a faixa etária entre 17 a 19 anos com maior número de casos registrados. Calcula-se ainda aproximadamente 12 mil casos de HIV em gestantes por ano no país. O número de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem crescendo cada vez mais anualmente, graças ao acréscimo de testes rápidos oferecidos pela rede cegonha, resultando em um aumento de 21,7% na taxa de detecção em um período de 10 anos. Diante dessa feminização do vírus, é notório a inclusão das crianças como novo grupo pandêmico, já que a transmissão vertical é fator chave na gestação.

Assim, 84% das crianças com HIV até 13 anos são infectadas por meio da transmissão vertical ou materno infantil (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Ao englobar o parâmetro mundial, é importante ressaltar que aproximadamente 1,4 milhões de mulheres com HIV engravidam e, caso não sejam tratadas, a chance de transmissão do vírus para os filhos é de 15% a 45%. Por outro lado, se o tratamento antirretroviral for utilizado pela mãe e pelas crianças esse risco cai para pouco mais de 1%. Diante disso, houve uma queda de quase metade do número de crianças que nascem anualmente com HIV de 2009 até 2013 (OMS, 2014).

2.2 Fisiopatologia

Em relação à fisiopatologia, Deeks *et al.*, (2015) aponta que as células T CD4+ são o principal alvo do vírus HIV. Depois de contraído, o vírus se instala nos tecidos da mucosa e depois se espalha para os órgãos linfoides num curto espaço de tempo. No momento em que os anticorpos do HIV se tornam detectáveis, o sistema imune atinge o ponto de ajuste, o qual é estabelecido quando a replicação do HIV está estável. O HIV tem a capacidade de causar inúmeras anormalidades imunológicas, além de determinar a perda progressiva de células T CD4+, por meio de mecanismos multidimensionais.

Após entrar no organismo e alcançar a corrente sanguínea, o HIV utiliza os linfócitos CD4 para se multiplicar, o que causa morte desses linfócitos, levando à um quadro de imunossupressão. A taxa de vírus que circula no sangue do indivíduo infectado é verificada pela carga viral, a qual pode ser indetectável caso seja realizado o tratamento correto (BRASIL, 2017).

Segundo Chilaka & Konje (2021), o curso da infecção pelo HIV não é afetado pela gestação. Em gestantes, ocorre uma redução na contagem das células CD4, as quais voltam para os seus limiares normais após o parto e, a expressão do RNA do HIV permanece normal durante a gravidez. No entanto, é importante monitorar a puérpera no período pós-parto, visto que existem casos de aumento da carga viral nessa fase.

2.3 Aspectos clínicos

Ao se fazer uma comparação entre o primeiro e o terceiro trimestre gestacional, observa-se o aumento dos casos nos quais a carga viral é indetectável, muitas vezes não reconhecida e, uma diminuição de casos onde a carga viral ultrapassa 1.000 cópias de HIV/mL. Ademais, entre

as gestantes HIV-positivas analisadas no estudo, foram observados potenciais intercorrências clínicas e coinfeções associadas apesar de infrequentes complicações obstétricas (KONOPKA *et al.*, 2010).

Pelo fato de o HIV apresentar um acometimento sistêmico, é requerida atenção por parte do médico e do paciente frente aos sinais clínicos que são comuns à infecção como: alterações neurocognitivas e focais, dermatite seborreica, candidíase oral, adenopatias (de cabeça e pescoço, axilares e supratrocleares e inguinais), hepatomegalia ou esplenomegalia, verrugas, foliculite, corrimento, úlceras e micoses de pés e unhas. Complementar a esses achados, é importante ressaltar a necessidade da realização de exames complementares para que de início à abordagem inicial do acompanhamento clínico a fim de se ter uma melhor avaliação da condição de saúde da gestante (BRASIL, 2013).

Com relação às intercorrências clínicas Konopka *et al.*, (2010) relatam que a mais frequente foi a infecção vaginal, acometendo mais de 67% das gestantes, enquanto cerca de 80% negam complicações obstétricas durante sua gestação. Em contrapartida, as complicações neonatais são perceptíveis, sendo encontradas malformação anorretal, pé-torto congênito, síndrome de *Edwards* e lábio leporino e fenda palatina.

2.4 Diagnóstico

Em mulheres de idade fértil, a preocupação pela infecção por HIV ocorre principalmente em gestantes, visto que existe alto risco de transmissão vertical para o recém nascido, uma vez que em mulheres não adeptas ao tratamento, o percentual dessa transmissão no trabalho de parto é de 65%, no ambiente intrauterino é de 35% e durante a amamentação esse percentual fica entre 7% a 22%. Entretanto, a implementação de medidas profiláticas ao longo da gestação reduz a transmissão materno infantil a índices menores que 2%. A problemática é que a maioria das mulheres só descobrem que são soropositivas quando o filho é diagnosticado com HIV (no pré-natal, parto ou puerpério), contribuindo para o aumento dos casos de HIV nos fetos (SOUZA *et al.*, 2019; TRINDADE *et al.*, 2021; FREIRE *et al.*, 2021).

Os testes rápidos criados na década de 1980, foram incorporados à rede pública da saúde brasileira em 2005, favorecendo o diagnóstico precoce para as gestantes e, caso apresentem resultado positivo para infecção por HIV, é possível otimizar o processo de encaminhamento e

tratamento desta população, garantindo atenção adequada às grávidas infectadas (BRASIL, 2018; PREVIATI; VIEIRA; BARBIERI, 2019).

De forma que a testagem para o HIV é recomendada para todas as gestantes durante a rotina do pré-natal, observa-se que a maioria das mulheres durante a gestação recebe o diagnóstico nesse período, comprovando a importância da realização do teste anti-HIV, o qual não é obrigatório nos cuidados do pré-natal. Assim, com a confirmação da soropositividade, a equipe de saúde deve prestar assistência específica e adequada, com o objetivo do controle da carga viral e, conseqüentemente, redução dos riscos da transmissão vertical para o bebê (LIMA *et al.*, 2016; TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017).

A testagem para o HIV deve ocorrer no primeiro trimestre da gestação, para o tratamento precoce e prevenção da transmissão intrauterina e no terceiro trimestre até antes do trabalho de parto, para a utilização de antirretroviral, prevenindo a transmissão durante o parto. No entanto, deve-se atentar as mulheres com baixo padrão socioeconômico e com baixa escolaridade, uma vez que desconhecem os fatores relacionados a infecção e não possuem um acompanhamento pré-natal adequado (HERNANDES *et al.*, 2019; TRINDADE *et al.*, 2021).

O estudo realizado por Freire *et al* (2021) aponta que devido ao pouco acesso à informação, muitos casos são diagnosticados tardiamente, expondo o neonato a um maior risco de contaminação por HIV, apresentando maior susceptibilidade a infecções bacterianas, baixo peso ao nascer e prematuridade. Com isso, recomenda-se iniciar a terapia antirretroviral o mais cedo possível, para uma possível diminuição dos riscos.

Além do teste, Lima *et al.*, (2016) observou que também deve ser realizado o aconselhamento da importância dos pré e pós-teste, atitude de grande importância para que a mulher saia do consultório com suas dúvidas esclarecidas. Porém, a realidade mostra que os profissionais não estão preparados para realizar o aconselhamento individual e/ou coletivo, não oferecendo as devidas orientações. Essa falta de aconselhamento pode gerar problemas de saúde pública secundários à falta de informações fornecidas a respeito da importância do acompanhamento da gestante e do bebê, demonstrando a falta de qualidade no atendimento ao pré-natal.

2.5 Tratamento

Até o presente momento, ainda não existe cura para a infecção pelo HIV, mas há tratamento. Como trata-se de um retrovírus, o tratamento do HIV é realizado a partir de fármacos conhecidos como antirretrovirais, os quais inibem a reprodução do vírus e permitem retardar a progressão da doença. Atualmente, o esquema preferencial de primeira linha baseia-se na combinação de três medicamentos em um mesmo comprimido, sendo necessário apenas um comprimido por dia, facilitando a ingestão e garantindo boa adesão ao tratamento. A partir do uso adequado dos medicamentos antirretrovirais, o paciente com infecção por HIV garante melhor qualidade de vida e menor probabilidade de evolução da infecção para a Aids (BRASIL, 2017).

Na década de 90 foi introduzida ao tratamento do HIV a Terapia Antirretroviral (TARV), com o intuito de reduzir os efeitos ocasionados pela imunossupressão. Esta adesão provocou aumento da qualidade e do tempo de vida dos pacientes. Atualmente, a TARV é composta por três antivirais combinados com diferentes mecanismos de ação, incluindo uso racional, eficácia, efetividade, toxicidade e comodidade posológica (SOUZA *et al.*, 2019).

No Brasil, a TARV é de acesso universal aos portadores do HIV que necessitem de tratamento. Essa política adotada no país apresenta diversos efeitos positivos, como a diminuição da mortalidade, redução das internações hospitalares, diminuição da incidência de infecções oportunistas, e da transmissão vertical. A eficácia do tratamento depende da adesão adequada ao regime prescrito, visto que o uso irregular ou em doses insuficientes pode influenciar no desenvolvimento de vírus HIV resistente. A baixa adesão à terapia pode implicar em consequências que englobem limitações terapêuticas para o paciente e ameaça para a saúde pública, pois existe a possibilidade de transmissão de vírus multirresistentes. Nos casos de terapia combinada é necessário atingir alta proporção de uso dos fármacos prescritos para suprimir a replicação viral (CECCATO *et al.*, 2004).

No que tange ao tratamento da infecção por HIV em gestantes, Fernandes (2021) observou que a terapia tem o intuito de suprimir a replicação viral, de forma que auxilie na prevenção da transmissão vertical e sexual do HIV; diminuir o risco de progressão da doença, de forma que reduz a morbidade e a mortalidade associadas ao HIV; propiciar melhoras frente a qualidade de vida; preservar e restaurar, se possível, o sistema imunológico; evitar uso intermitente de TARV em gestações distintas; promover proteção precoce, em relação à transmissão vertical, em futuras gestações.

Mulheres que apresentam repercussão clínica e/ou imunológica grave da infecção do HIV, independe da gravidez e em qualquer idade gestacional devem iniciar a TARV. Sendo assim, gestantes que apresentam ou não sintomas com contagem de LT-CD4+ ≤ 350 céls./mm³ possuem critérios de início de tratamento, sendo necessário iniciá-lo com o objetivo de tratar a doença ou reduzir o risco de progressão. Ademais, a terapia não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento (BRASIL, 2019).

A terapia farmacológica para infecção por HIV em gestantes é composta pela associação de antirretrovirais (ARV) com inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNN). A terapia inicial deve sempre se basear em um esquema de três antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos associados a um ITRNN. O tratamento preferencial de primeira linha deve ser: tenofovir + lamivudina + efavirenz na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível (FERNANDES *et al.*, 2021).

2.6 Transmissão vertical

A maioria dos casos de infecção de crianças por HIV com idade menor que treze anos ocorre durante a gestação, no momento do parto ou através aleitamento materno, episódio clinicamente denominado transmissão vertical (TV-HIV) (VASCONCELOS *et al.*, 2021).

A TV-HIV caracteriza-se como a infecção por HIV transmitida da mãe para o filho durante a gestação, parto ou puerpério, com probabilidades distintas de infecção em cada estágio do ciclo gravídico-puerperal. Tal forma de contágio é resultado do aumento do número de casos de transmissão heterossexual, a qual contribuiu para a expansão da epidemia entre a população feminina, o que é chamado de feminização da doença, sendo um fator importante na difusão do vírus para crianças (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Em seu estudo, Oliveira *et al.*, (2018) observou que o período de maior probabilidade de TV-HIV é o terceiro trimestre de gestação, especialmente no momento do nascimento. Sendo assim, observa-se a importância da carga viral materna baixa, ou indetectável, durante o parto. Por isso, é imprescindível o uso da terapia antirretroviral, especialmente na segunda metade da gestação.

A transmissão vertical do HIV possui diversos fatores envolvidos na sua dinâmica, com fatores de risco e de proteção, incluindo especialmente as características maternas, obstétricas, pediátricas, socioeconômicas e sociodemográficas. Por se apresentar como um evento

multifatorial, observa-se desigualdade de exposições e vulnerabilidades (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Assim como descrito por Konopka *et al.*, (2010), a via de parto tem uma significativa influencia na transmissão vertical do HIV, com mais de 60% das infecções ocorrendo durante o trabalho de parto e no parto, enquanto o restante está mais associado às últimas semanas de gestação intrauterina. Além do tipo de parto, a alta carga viral materna, a ruptura prolongada das membranas amnióticas, infecções sexualmente transmissíveis, a prematuridade e o uso de drogas influem na transmissão do HIV ao feto, entretanto, essa taxa pode ser consideravelmente reduzida quando a mãe realiza de forma eficaz o tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019) o tipo de parto escolhido se baseia na taxa da carga viral materna durante o terceiro trimestre de gestação. Sendo inferior a 1.000 cópias/ml o parto via vaginal pode ser considerado. Caso seja maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou desconhecido, recomenda-se que o parto seja via cesariana eletiva, sendo esse o mais frequente entre as gestantes, com cerca de 76%.

Como métodos de prevenção da TV-HIV, Vasconcelos *et al.*, (2021) observaram que preconiza-se a a testagem para o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no pré-natal, especialmente no primeiro e terceiro trimestre de gravidez; uso da Terapia Antirretroviral profilática antes, durante a gestação e no momento do parto; preferência pela cesariana para gestantes com Carga Viral (CV-HIV) desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL; troca do leite materno por fórmula láctea; administração de de zidovudina e outros medicamentos para a prevenção de pneumonia pelo recém-nascido e; notificação de todos os casos no SINAN.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil clínico epidemiológico da infecção por HIV em gestantes na cidade de Anápolis-Goiás entre os anos de 2017 a 2022.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar a prevalência de HIV em gestantes por ano de estudo;
- Descrever características sociodemográficas (faixa etária, etnia, escolaridade e localidade) da população do estudo;
- Descrever o perfil clínico da população estudada (evidência laboratorial do HIV, realização do pré-natal, uso de TARV, tipo de parto, evolução da gravidez e realização de profilaxia antirretroviral na criança);

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo.

4.2 População de estudo

O estudo foi realizado no município de Anápolis – GO que se situa a 53 km da capital Goiana e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste.

Segundo o último censo em Anápolis do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022 a população estimada em 398.869 habitantes. Compõem a população de estudo todas as pessoas vinculados no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis - GO, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram tomados como fonte de informação os casos de infecção por HIV em gestantes a partir da base de dados do Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis - GO, referente ao período de 2017 a 2022, de acordo com as fichas do SINAN de gestantes HIV+ (Anexo 1).

As características sóciodemográficas avaliadas foram: faixa etária, etnia, nível de escolaridade.

As variáveis clínico-epidemiológicas foram: evidência laboratorial do HIV, realização do pré-natal, uso de TARV, tipo de parto, evolução da gravidez e realização de profilaxia antirretroviral na criança.

Os critérios de inclusão foram pacientes gestantes diagnosticadas com HIV, que foram notificados no SINAN na cidade de Anápolis-Goiás no período de 2017 a 2022. Já critérios de exclusão foram fichas duplicadas.

4.4 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa– UniEVANGÉLICA seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, sob o numero de parecer 5.937.647 (Anexo 2).

4.5 Análise de dados

Os dados serão transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, os dados serão analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0, para a realização da análise estatística descritiva.

5. RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos nas fichas de notificação de gestantes HIV+ vinculadas ao Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022, foram notificados 60 casos. Entre os anos do estudo foi observada uma redução, sendo maior no ano de 2019, seguida de uma ascensão do número de casos nos anos seguintes (Gráfico 1).

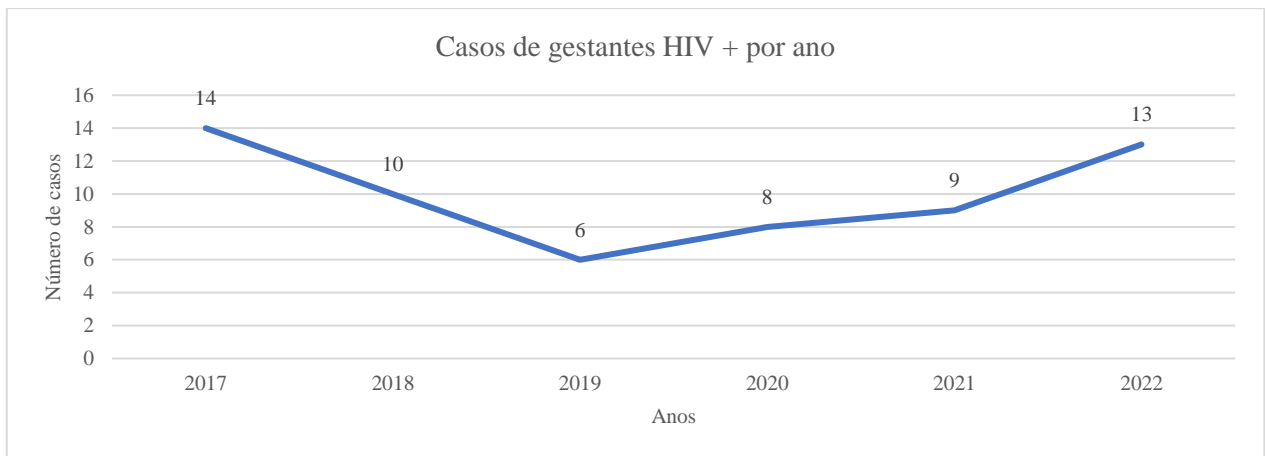


Gráfico 1: Número de casos notificados de gestantes HIV+ em relação aos anos de 2017 a 2022 no município de Anápolis, GO, Brasil.

No que se refere a idade, houve um predomínio entre a faixa etária de 25 a 34 anos (53,3%), seguida pela faixa de 15 a 24 anos (36,7%). No que tange a etnia, o percentual entre pardas (75%) foi bem superior aos demais grupos. Já em relação à escolaridade, os casos de infecção por HIV na gestação predominaram em pacientes com ensino incompleto (36,7), conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos casos notificados de gestantes HIV+ de acordo com faixa etária, etnia e escolaridade entre os anos de 2017 a 2022.

VARIÁVEIS	n	%
FAIXA ETÁRIA		

15 - 24	22	36,7
25 - 34	32	53,3
35 - 44	6	10
ETNIA		
Branca	13	21,7
Preta	2	3,3
Parda	45	75
ESCOLARIDADE		
Incompleto	22	36,7
Completo	16	26,6
Desconhecido	22	36,7

Sobre a evidência laboratorial do HIV, observou-se uma predominância de casos em que o diagnóstico foi realizado antes do pré-natal (55%), sobre os casos em que foi realizado durante o pré-natal (43,3%) e no momento do parto (1,7%). Além da evidência laboratorial do HIV, outro dado analisado foi a realização do pré-natal, o que mostrou que a maioria das gestantes (95%) realizaram o pré-natal (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos casos notificados de gestantes HIV+ de acordo com evidência laboratorial do HIV e realização de pré-natal.

VARIÁVEIS	n	%
EVIDÊNCIA LABORATORIAL DO HIV		
Antes do pré-natal	33	55
Durante o pré-natal	26	43,3
Durante o parto	1	1,7
REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL		
Sim	57	95
Não	3	5

O Gráfico 2 apresenta o uso de anti-retrovirais para profilaxia em gestantes HIV+. Nessa perspectiva, é possível observar que houve uma predominância significativa no grupo de

gestantes que fizeram o uso de TARV (68,3%); essa categoria está incompleta em 16,7% das fichas. As demais frequências, apesar de menores, são também relevantes, como descrito no Gráfico 2.

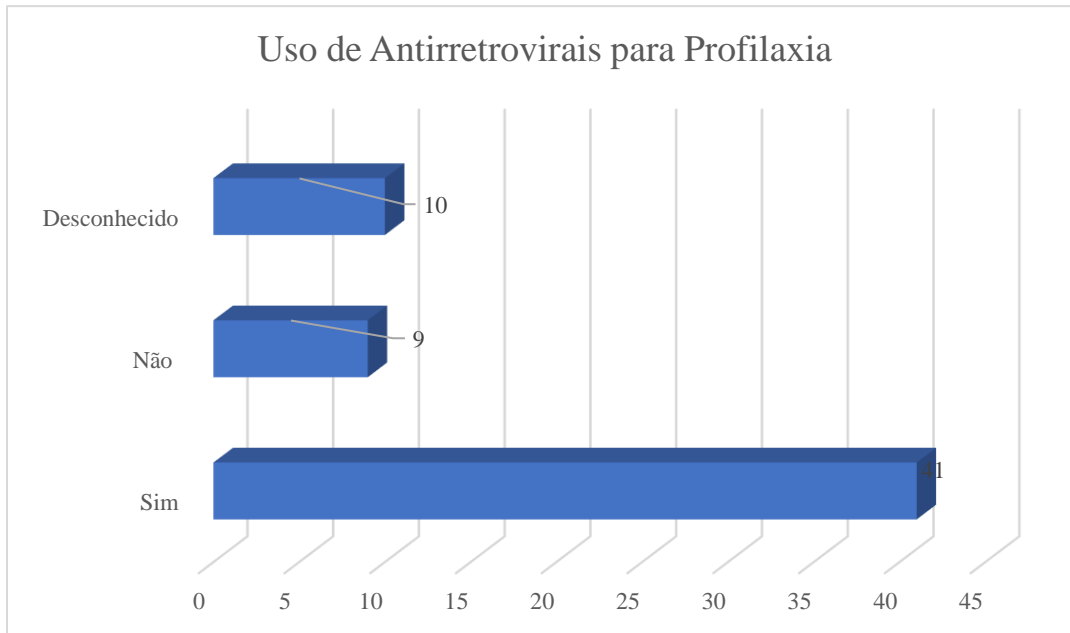


Gráfico 2: Distribuição do uso de anti-retrovirais para profilaxia em gestantes HIV+

Foram analisados, também, o tipo de parto e a evolução da gestação, conforme observado na Tabela 3. Nessa perspectiva, os dados demonstram uma prevalência da cesárea eletiva, correspondendo a 30% dos casos. No que tange a evolução da gestação, observa-se uma prevalência de nascidos vivos (55%) quando comparados a natimortos (1,7%). Ademais, em ambas variáveis, grande parte das fichas (43,3%) estavam incompletas, de forma que foram sinalizadas como "desconhecido".

Tabela 3: Distribuição dos casos de acordo com o tipo de parto e a evolução da gestação.

VARIÁVEIS	n	%
TIPO DE PARTO		
Vaginal	12	20
Cesárea eletiva	18	30

Cesárea de urgência	4	6,7
Desconhecido	26	43,3

EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

Nascido vivo	33	55
Natimorto	1	1,7
Desconhecido	26	43,3

Considerando o início da profilaxia anti-retroviral na criança, é possível inferir que há uma predominância do número de casos em que a profilaxia foi iniciada nas primeiras 24h do nascimento (50%) (Gráfico 3).

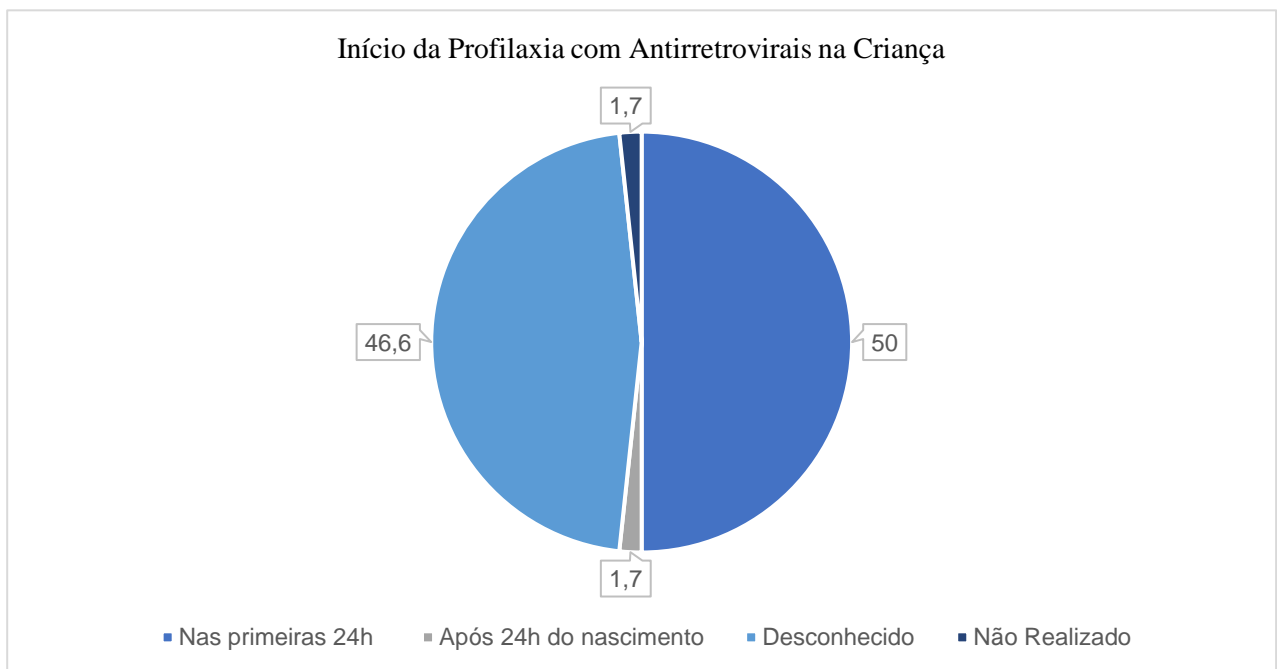


Gráfico 3: Distribuição do número de casos de acordo com o início da profilaxia anti-retroviral na criança.

6. DISCUSSÃO

No município de Anápolis-GO foi identificado uma redução do no número de casos entre os anos de 2017 a 2019, seguido de uma ascensão entre 2020 e 2022. Demonstrando discordância do cenário nacional, de forma que o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids publicado pelo Ministério da Saúde em 2022 aponta que o número de infectados vem se mantendo estável desde 2018 (BRASIL, 2022). Nessa perspectiva, outro estudo realizado no estado de Goiás discorda que o número de gestantes HIV+ mantém-se equilibrado a datar de 2018, ainda que nos últimos anos houve um aumento na taxa de detecção, sendo o centro-oeste a região com menor taxa de detecção, com prevalência entre 2,03% e 4,34%, se opondo aos resultados obtidos no presente estudo (MACHADO; MATTOS, 2022).

Identifica-se que o maior número de casos notificados de gestantes HIV+ predominam entre 25 a 34 anos, pardas e com baixa escolaridade. O padrão do perfil epidemiológico dos casos de HIV em gestantes notificados no município de Anápolis-GO durante o período estudado foi semelhante aos identificados nos outros estudos analisados no estados do Piauí e do Pará (SILVA et al, 2016; TRINDADE et al, 2021). Os resultados também seguem o padrão do Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2022, em que mostra a predominância de gestantes jovens, com baixo nível de escolaridade e descendência parda (BRASIL, 2022).

Após a análise dos dados de idade, pode-se observar a prevalência da faixa etária entre 25 a 34 anos, seguida pela faixa de 15 a 24 anos, nas gestantes portadoras de HIV. Esse resultado foi compatível com um estudo realizado no estado do Amapá, a despeito de ter sido verificada uma porcentagem maior em pacientes na faixa de 20 a 29 anos, seguida por 15 a 19 anos (TEIXEIRA et al, 2021).

Quanto à etnia autodeclarada, há uma maior incidência de casos entre mulheres pardas. Esses resultados corroboram com outros estudos da literatura, realizados na região Nordeste do país, os quais encontraram resultados semelhantes com a prevalência de gestantes HIV+ autodeclaradas como pardas (BRANDÃO et al, 2016; SILVA et al, 2018). Ademais, o perfil da paciente parda pode ser explicado pelo crescimento de casos entre gestantes pardas desde 2012, passando a responder pela maioria dos números, superando então os casos de infecção por HIV em gestantes brancas (BRASIL, 2022).

Considerando a variável escolaridade, percebe-se que o principal padrão de mulher afetada, ocorreu entre jovens de baixa escolaridade. Reconhece-se que o baixo grau de instrução possui relação com o aumento do número de casos de HIV em países em desenvolvimento pois, o menor nível de escolaridade da mulher dificulta a busca por informações à respeito de sua saúde e dos procedimentos disponíveis (TRINDADE et al, 2021).

No que diz respeito à evidência laboratorial do HIV, observa-se uma predominância de gestantes soropositivas que receberam o diagnóstico antes do pré-natal, o que demonstrou ser preocupante, visto que mesmo tendo conhecimento acerca da infecção, não evitaram a gravidez, contribuindo assim para a transmissão vertical. Em concordância com os dados obtidos, um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul aponta que dentre uma amostra contendo 389 gestantes, 52,7% das pacientes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana também foram diagnosticadas antes da gestação, demonstrando que o cenário de Anápolis-GO se assemelha ao de outros locais do país (TORRES; LUZ, 2007).

Ainda a respeito do pré-natal, observou-se que a maioria das gestantes soropositivas realizaram este de maneira correta, dado que pode ser corroborado por um estudo acerca da adesão ao pré natal de mulheres HIV+ no Rio de Janeiro, o qual também relata uma

predominância dos casos em que as pacientes realizaram o pré-natal, quando comparadas ao grupo que o negligenciou (DARTMONT et al, 2010).

Posteriormente à análise de dados, é possível identificar que mais da metade das gestantes HIV+ no município de Anápolis-GO, fizeram adesão ao uso de anti-retrovirais para profilaxia. Logo, os achados desse estudo vão ao encontro daqueles relatados em pesquisas promovidas no Sul do país, as quais afirmam que uma pequena porcentagem de gestantes HIV+ negligenciam a terapia durante a gestação, apontando ainda que a adesão à TARV está intimamente relacionada à questões individuais da paciente, como por exemplo idade e condição socioeconômica (LENZI et al, 2013; BECK et al, 2018).

Nesse contexto, pode-se enfatizar que o cenário de Anápolis está em consonância com a situação das regiões Sudeste e Centro-Oeste, as quais apresentam uma prevalência da adesão à TARV durante a gestação. Além disso, observou-se que o uso da terapia anti-retroviral por gestantes é bastante eficaz mediante a redução da transmissão vertical do HIV (MIRANDA et al, 2016).

Em relação ao tipo de parto as fichas do estudo indicam predomínio da cesárea eletiva em gestantes soropositivas. Esse padrão observado do município de Anápolis-GO mantém-se em outros estudos analisados, visto que a literatura aponta que a cesárea eletiva é a mais prevalente (MATURANA et al, 2007; LIMA et al, 2014; TRINDADE, 2021).

Após a análise dos dados de início da profilaxia anti-retroviral em crianças, notou-se que, entre os anos de 2017 e 2022, houve uma prevalência dos casos em que a TARV profilática foi iniciada nas primeiras 24 horas de vida nos recém nascidos, na cidade de Anápolis. Esse resultado corrobora com outro estudo realizado no Nordeste do país, o qual afirma que dentre uma amostra de 84 gestantes HIV+ na cidade de Rio Branco-AC, 85,7% dos recém-nascidos

receberam anti-retrovirais nas primeiras 24 horas após o parto (FEITOZA; KOFMAN; SARACENI, 2021).

Nessa perspectiva, é importante observar o significativo percentual de fichas em que o início da profilaxia anti-retroviral em crianças foi ignorado ou inespecífico, entrando na porcentagem das categorias “Ignorada” e “Incompleta”, tendo em vista a possibilidade de que esses dados representem um número de casos de gestantes HIV+ que não receberam todas as intervenções necessárias para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

O presente estudo apresenta limitações, sendo estas o uso de dados secundários, visto que são dependentes da qualidade dos registros, assim como não possibilitar estimar o quanto a frequência de subnotificações pode alterar os resultados encontrados. Apesar de suas limitações, as bases de dados utilizadas são consideradas de boa qualidade e confiáveis, com produção de informação fidedigna. Dentre os pontos fortes do trabalho, podemos citar a análise que foi feita com o cruzamento das variáveis, considerando critérios epidemiológicos e o perfil clínico das pacientes gestantes HIV+.

Ademais, acerca do assunto abordado na presente pesquisa, seria de extremo proveito a futura promoção de um estudo longitudinal, o qual tenha como objetivo avaliar a prevalência da transmissão vertical entre filhos de gestantes HIV+.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados pode-se concluir que o maior número de casos de gestantes HIV+ no município de Anápolis-GO, configura-se entre mulheres de 25 a 34 anos, pardas e que possuem ensino incompleto. Observou-se também que houve um aumento do número de casos após a pandemia, entre os anos de 2020 e 2022. Com relação aos critérios clínicos, foi possível identificar que a maioria das gestantes realizaram o pré-natal, foram diagnosticadas antes deste, deram preferência pela cesárea eletiva, apresentaram boa evolução da gestação, e realizaram a profilaxia anti-retroviral durante a gestação e nos recém-nascidos nas primeiras 24h após o parto.

Ademais, a ausência de determinadas informações nas fichas de notificação, retificam a necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais, visto que isso compromete áreas de ensino e pesquisa, importunando diretamente as melhorias do Sistema Único de Saúde brasileiro, bem como a assistência à saúde.

O presente estudo coopera com o planejamento de políticas públicas de controle e prevenção, por abranger uma infecção que tem aumentado no município, que implica não só na saúde das gestantes, mas também das crianças contaminadas por suas genitoras. A notificação dos casos de gestantes HIV+ configura-se como uma atitude importante para a redução da transmissão vertical, podendo ser usada como indicadora específica de saúde pelos gestores e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, S. T., et al. Perfil de gestantes em tratamento para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 3, p. 210 - 215, 2018.

BRANDÃO, M. N., et al. Desafios na prevenção da transmissão vertical do HIV em Petrolina-PE e Juazeiro-BA. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 3, p. 325 - 336, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico de HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico de HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a Equipe Multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em. Adultos e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

CALDAS, C. C. R. B., et al. **Panorama das Hospitalizações para Tratamento de HIV/AIDS e suas complicações no Brasil: um estudo retrospectivo**. Cuba Salud 2018, Norte América, Janeiro 2018.

CARNEIRO, R. R., et al. **Perfil epidemiológico da aids na população adolescente e jovem: análise dos dados brasileiros**. Anais do VI CONAPESC. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/76945>>. Acesso em: 10/05/2022 11:39

CAVALCANTE, M. A. E. S. **O impacto do diagnóstico do HIV na gravidez ou pós parto e seus efeitos na vida das mulheres: Revisão integrativa de literatura.** Tese (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2020.

CECCATO, M. G. B., et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Caderneta de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1388 - 1397, 2004.

CHILAKA, V. N.; KONJE, J. C. HIV in pregnancy – An update. **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 256, p. 484 - 491, 2021.

DARTMONT, M. Q. R., et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Caderneta de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1788 - 1796, 2010.

DEEKS, S. G., et al. HIV infection. **Nature reviews. Disease primers**, v. 1, p. 1 - 22, 2015.

FEITOZA, H. A. C.; KOIFMAN, R. J.; SARACENI, V. Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil. **Caderneta de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

FERNANDES, C. C. R. Aspectos bioéticos na prevenção da transmissão vertical e manejo do tratamento com antirretrovirais em gestantes portadoras de HIV/AIDS no Brasil. **Residência Pediátrica**, v. 11, n. 2, p. 1 - 5, 2021.

FREIRE, J. O., et al. Prevalência de HIV, Sífilis, Hepatites B e C em gestantes de uma maternidade de Salvador. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 3, p. 955 - 963, 2021.

HERNANDES, C. P., et al. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 1, p. 32 - 40, 2019.

KONOPKA, C. K., et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 4, p. 184 - 190, 2010.

LAGUARDIA, J., et al. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 135 - 146, 2004.

LENZI, L., et al. Adesão à terapia antirretroviral durante a gestação e sua relação com a efetividade na prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 4, n. 2, p. 12 - 20, 2013.

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.

LIMA, E. A., et al. Trinta anos de HIV no mundo: Uma revisão de literatura. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE*, 2016, Campina Grande. **Anais CONBRACIS [...]** Campina Grande: Realize Editora, 2016. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/19535>>. Acesso em: 05/04/2022 23:45

MACHADO, I. C.; MATTOS, T. B. **Soroprevalência de anticorpos para Sífilis e HIV em gestantes do estado de Goiás no período de 2018 a 2021**. TCC (Graduação em Medicina) - Escola de Ciências Médicas e da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, p. 10. 2022.

MATURANA, A. P., et al. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. **Arquivos Médicos do ABC**, v. 32, n. 1, p. 11 - 16, 2007.

MIRANDA, A. E., et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Caderneta de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, 2016.

OLIVEIRA, E. H., et al. HIV e gestação em adolescentes e adultas jovens: perfil epidemiológico e fatores associados à transmissão. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. 1 - 14, 2020.

OLIVEIRA, K. W. K., et al. Mother to child transmission of HIV in the Southern Region of Santa Catarina, from 2005 to 2015: analysis of risk factors to seroconversion in newborns. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 461 - 469, 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Orientações sobre processos e critérios globais para a validação de eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis**. Genebra: OMS, 2014.

PREVIATI, S. M.; VIEIRA, D. M.; BARBIERI, M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 7, n. 1, p. 75 - 81, 2019.

SANTOS, A. C. F., et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 48, p. e3243, 2020.

SILVA, C. M., et al. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 613 - 621, 2018.

SILVA, L. R., et al. Variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 5, n. 1, p. 34 - 39, 2016.

SIQUEIRA, P. G. B., et al. Análise hierarquizada dos determinantes da transmissão vertical do HIV: um estudo de caso-controle. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 20, n. 4, p. 997 - 1007, 2020.

SOUZA, H. C., et al. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1361 - 1369, 2019.

SOUZA, F. L. P., et al. Sentimentos e significados: HIV na impossibilidade de amamentar. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, p. 1 - 7, 2019.

TAQUETTE, R. S.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 23 - 30, 2017.

TEIXEIRA, L. G., et al. O perfil epidemiológico da AIDS no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1980 - 1992, 2022.

TEIXEIRA, S. P., et al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 2, 2020.

TORRES, S. R.; LUZ, A. M. H. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 505 - 511, 2007.

TRINDADE, L. N. M., et al. Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, p. 1 - 7, 2021.

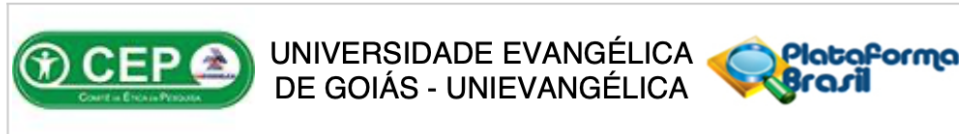
VASCONCELOS, C. S. S., et al. Medidas de prevenção para transmissão vertical do HIV: acompanhamento de gestantes infectadas e crianças expostas. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, n. 21, v. 1, p. 217 - 225, 2021.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de investigação gestante HIV+ do Sistema de Informação de Notificação e Agravos (SINAN).

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

Anexo 2: Parecer de Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil clínico epidemiológico do HIV/AIDS em Anápolis - Goiás: uma análise retrospectiva

Pesquisador: Constanza Thaise Xavier Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64885922.6.0000.5076

Instituição Proponente: Universidade Evangélica de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.937.647

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer CAAE: 64885922.6.0000.5076

Objetivo da Pesquisa:

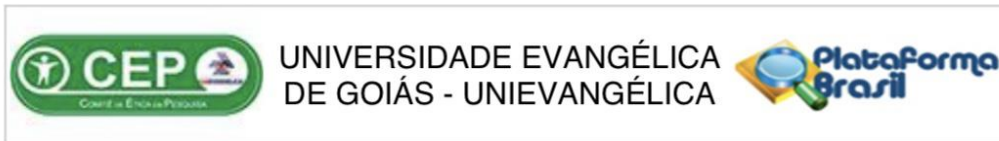
Objetivo Geral

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS na cidade de Anápolis-Goiás, descritos no banco dados do SINAN, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022.

Objetivos Específicos

- Descrever características sociodemográficas (sexo, faixa etária, etnia, nível de escolaridade) da população do estudo;
- Averiguar a prevalência de casos com infecção pelo HIV/AIDS na população estudada;
- Descrever variáveis clínico-epidemiológicas, Critérios CDC (do inglês, Centers for Disease Control and Prevention), sendo eles, toxoplasmose cerebral, pneumonia por *Pneumocystis carinii* da população do estudo;
- Analisar a prevalência do HIV/AIDS por ano de estudo;
- Analisar os grupos considerando a evolução do caso (vivo, óbito por AIDS, óbito por outras causas ou ignorado) descritas no SINAN.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.937.647

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer CAAE: 64885922.6.0000.5076

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos apresentados foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIA 1 - Quanto ao projeto e o preenchimento das informações na Plataforma Brasil.

A) Na página 23 (item 6.2) lê-se: "A amostra será de conveniência." Os pesquisadores irão estudar o número de caso notificados? Explicar visto que os pesquisadores solicitaram dispensa do TCLE e o principal motivo seria a dificuldade em ter acesso aos pacientes (casos) no período de 2018-2022.

ANÁLISE: Os pesquisadores informaram na página 23 (item 6.2) do documento Projeto_TC_04_11.docx, "A amostra será de conveniência, visto que serão analisados os casos repassados pela secretaria, conforme facilidade de acesso, onde não estará disponível nome e telefone de contato das notificações." PENDÊNCIA ATENDIDA.

B) Na página 23 (1 parágrafo) lê-se: "A secretária de vigilância epidemiológica de Anápolis irá disponibilizar para os pesquisadores uma planilha no Excel sem identificação com os dados referentes ao HIV/AIDS retirados na ficha de notificação." E na mesma página (item 6.6 Riscos/Malefícios e como minimizá-los) lê-se: "...Com o objetivo de minimizar tal dano, os questionários serão isentos de identificação por nome, RG ou CPF." E "Após a coleta, os pesquisadores irão colocar os questionários em envelopes lacrados, sendo abertos apenas para análise e tabulação dos dados. Os dados só serão analisados em ambiente sob supervisão do grupo." Explicar se os pesquisadores receberão a planilha excel com os dados (o risco seria apenas de identificação) da Secretária Municipal de Saúde ou se terão acesso às fichas de notificação preenchidas do SINAN (os riscos seriam identificação e extravio).

ANÁLISE: Os pesquisadores informaram na página 23 (1 parágrafo) do documento

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

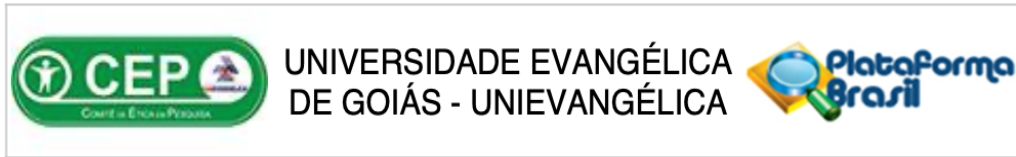
UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.937.647

Projeto_TC_04_11.docx a informação sobre a forma como irão obter os dados epidemiológicos referentes ao HIV/AIDS na cidade de Anápolis, conforme especificado a seguir: “A secretária de vigilância epidemiológica de Anápolis irá disponibilizar para os pesquisadores uma planilha no Excel sem identificação com os dados referentes ao HIV/AIDS retirados das fichas de notificação, onde não estará disponível nome e telefone de contato das notificações”. PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3- Quanto a declaração coparticipante

A) Adequar conforme PENDÊNCIA 1, letra B.

ANÁLISE: Os pesquisadores informaram que os riscos envolvidos na pesquisa é a quebra do sigilo da identidade das fichas de notificação que serão minimizados com a descrição de apenas o número arábico na folha de coleta de dados (planilha no excel) e em sala reservada para os pesquisadores que irão manusear os dados contidos na planilha. PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 4- Quanto ao Termo de Dispensa do TCLE

A) Adequar conforme PENDÊNCIA 1, letra B.

ANÁLISE: Os pesquisadores também adequaram o termo de dispensa do TCLE, conforme pendência 1 letra B. PENDÊNCIA ATENDIDA

B) Quanto ao Cronograma: Atualizar o cronograma prevendo a coleta de dados após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo sistema CEP / CONEP. Considerar sempre 60 dias, para tramitação do protocolo. Considerando 30 dias para a primeira avaliação e mais 30 dias, caso existam pendências a serem respondidas (no projeto na íntegra e no resumo da plataforma brasil).

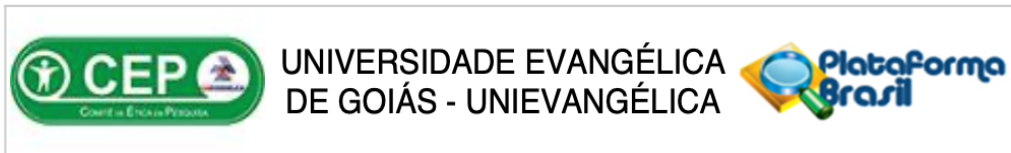
ANÁLISE: Os pesquisadores adequaram o cronograma. PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS no. 466/2012 e complementares.

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme o cronograma de execução apresentado.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.937.647

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2037659.pdf	10/03/2023 11:53:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHIV2023atualizado.docx	10/03/2023 11:53:02	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDISPENSAHIV2023.pdf	10/03/2023 11:49:50	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Outros	Cartarespostahiv2023.pdf	10/03/2023 11:49:08	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaHIVsecretaria.pdf	10/03/2023 11:47:25	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Declaracao_do_pesquisador.pdf	07/11/2022 09:52:26	João Ricardo Sousa Vasconcellos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_orientador.pdf	04/11/2022 23:27:53	João Ricardo Sousa Vasconcellos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/11/2022 23:20:10	João Ricardo Sousa Vasconcellos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 11 de Março de 2023

**Assinado por:
Lucimar Pinheiro
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICES**Apêndice 1: Instrumento de Coleta de Dados**

Idade	
Etnia	
Escolaridade	
Localidade	
Período do diagnóstico do HIV	
Realização do pré-natal	
Adesão à TARV	
Tipo de parto	
Início da profilaxia com TARV no RN	