



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EDILZA ARAUJO OLIVEIRA SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MÃES SOROPOSITIVAS
ATENDIDAS PELO CTA/SAE ITAITUBA – PA ENTRE OS ANOS
DE 2014-2015**

ITAITUBA-PA
2016

EDILZA ARAUJO OLIVEIRA SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MÃES SOROPOSITIVAS
ATENDIDAS PELO CTA/SAE ITAITUBA – PA ENTRE OS ANOS
DE 2014-2015**

Trabalho solicitado como avaliação parcial da disciplina de TCC I do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade de Itaituba - FAI, sob orientação do professor Especialista Adriano de Aguiar Coutinho.

ITAITUBA-PA
2016

Oliveira, Edilza Araujo

Perfil Epidemiológico das mães soropositivas atendidas pelo CTA Itaituba – PA
entre os anos de 2014-2015.

.Edilza Araujo de Oliveira Itaituba: FAI, 2016.

45 f.:il

Orientador: Enfº. Adriano Aguiar Coutinho

Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem – Faculdade de Itaituba, 2016.

1.Enfermagem. 2. Saúde. I. Coutinho, Adriano Aguiar. II. Faculdade de Itaituba,
BR – PA, 2016.

EDILZA ARAUJO OLIVEIRA SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MÃES SOROPositivas
ATENDIDAS PELO CTA/SAE ITAITUBA – PA ENTRE OS ANOS
DE 2014-2015**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Itaituba para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem. Orientador: Prof. Adriano de
Aguiar Coutinho

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof.:

Avaliador : _____ Nota: _____

Prof.:

Orientador: _____ Nota: _____

Prof. Adriano de Aguiar Coutinho, Especialista

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de Julho de 2016

Dedico,

Este trabalho ao autor da minha vida, que escreveu minha história e tem cuidado em realizar todos os meus sonhos. Por não deixar as minhas lágrimas caírem no chão, enxugando-as e sempre me dizendo que eu posso todas as coisas nele. Obrigada meu Jesus Cristo por tudo!.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido esposo Cleando, que por meio de muitas lutas esteve ao meu lado.

A minha mãe Alice por me dar a alegria de tê-la ao meu lado. Ao meu pai José, que mesmo distante sinto-me feliz por tê-lo.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhados; por tornar minha vida melhor. As minhas amigas “P” que sempre estiveram comigo durante essa jornada.

Aos meus líderes pastores por orar e acreditar em mim. A profissional excelente Caroline Diniz pelo incentivo á pesquisa sobre o referido tema. E ao meu orientador Enfº Adriano Coutinho.

Enfim a todos que contribuíram diretamente e indiretamente para que esse sonho se tornasse realidade.

*“Porque Eu, o senhor, teu Deus,
te tomo pela tua mão direita e te
digo; não temas, que eu te ajudo”.*

Isaias 41:13

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo compreender profundamente as características epidemiológicas semelhantes entre mães soropositivas para o HIV, que acabam por descobrir o resultado reagente no pré-natal. Sabendo que a epidemia do HIV/AIDS tem atingido cada vez mais mulheres em idade reprodutiva, sendo que muitas descobrem a infecção nos exames de pré-natal. Pesquisar essa realidade se torna um fator de suma importância, para que se possa reduzir os números relativos a transmissão vertical. Para realização dessa pesquisa foram utilizados métodos de pesquisas, descritivo-exploratório, documental, com abordagem quantitativa. Tivemos acesso aos dados do Sistema de Informação – SI-CTA entre os anos de 2014 e 2015. Assim, após traçar o perfil epidemiológico das mães soropositivas atendidas no CTA/SAE Itaituba, PA entre o intervalo já citado, podemos conhecer essa demanda pesquisada, e ainda podemos concluir que se utilizam do tratamento disponível na rede pública, que se mostra muito eficaz na redução da transmissão vertical e sobrevida dessas pessoas infectadas pelo vírus HIV.

PALAVRAS-CHAVES: HIV, Gestantes, Transmissão Vertical.

ABSTRACT

This paper aims to deeply understand how they live HIV-positive mothers for HIV, which ultimately discover the positive result in prenatal care. Knowing that the HIV / AIDS has reached more and more women of reproductive age who are many are already mothers or become mothers when they discover the infection. Closely monitor this situation becomes a very important factor, in order to reduce the issue of mother to child transmission. That for this survey research methods were used, descriptive and exploratory, documentary, with a quantitative approach. Being exposed data collected by the Information System - SI-CTA between the years 2014 and 2015. Demonstrating pregnant women living with HIV, tracing the epidemiology of HIVpositive mothers met at CTA / SAE Itaituba, PA between. Exposing some factors surrounding them, such as management and treatment procedures. In the same context the conduct of vertical transmission was analyzed, so that there is more information about the subject matter, addressing what forms of care and prevention, so that there is such a negative factor for the child.

KEYWORDS: HIV, Pregnant Women, Vertical Transmission.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SI - CTA	Sistema de Informação Centro de Testagem e Aconselhamento
CTA/SAE	Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNC	Sistema Nervoso Central
T CD4	Contagem de Linfócitos
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
AZT	Zidovudina
DDI	Didanosina
DDC	Zalcitabina
3TC	Lamivudina
D4T	Estavudina
RNA	Ácido Ribonucleico
TARV	Terapia Antirretroviral
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Transmissão Vertical
FAI	Faculdade de Itaituba

LISTAS DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição de gestantes HIV positivas notificadas segundo características sócio demográficas. Itaituba - PA, 2014 – 2015	30
Tabela 2 - Fatores de risco conforme parceiros fixos e eventuais 2014 a 2015 das gestantes reagentes para o HIV	32
Tabela 3 - Fatores de risco de transmissão vertical do HIV. Município de Itaituba – PA entre 2014 a 2015	34

LISTAS DE QUADRO

Quadro Lista de Retrovirais	17
Quadro 2 Dano Imunológico	.22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 HIV E AIDS	13
2.2 TRANSMISSÃO E DIAGNÓSTICO	13
2.3 CICLO DO HIV	15
2.4 TRATAMENTO	16
2.5 HIV E TRANSMISSÃO VERTICAL	18
2.6 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DO HIV	21
2.6.1 Infecção Aguda	21
2.6.2 Infecção Assintomática	21
2.6.3 Infecção Sintomática	22
2.6.4 Infecção Sintomática demorada	22
2.7 HIV, AIDS E ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL	23
2.7.1 Uso de antro-retrovirais em gestantes.	24
2.7.2 Pré-natal de gestantes HIV	24
2.7.3 Evitando a contaminação durante o parto	25
2.7.4 Pós parto gestantes HIV	26
2.8 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)	26
3 METODOLOGIA	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	29
3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAL	29
3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1 FAIXA ETÁRIA PREDOMINANTE	30
4.2 ESCOLARIDADE	30
4.3 COR E RAÇA PREDOMINANTE	30
4.4 ESTADO CIVIL	30
5. CONCLUSÃO	37
REFERENCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Conforme Moura; Praça (2006) no Brasil, os dados epidemiológicos mostram que, até junho de 2005, cerca de 83,7% de soropositividade do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), em crianças menores de 13 anos, ocorreram pela transmissão vertical. No País, dentre os 11.901 casos notificados da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) em crianças menores de treze anos de idade, 9.965 ocorreram por transmissão vertical. Esses dados têm ocasionado preocupação aos gestores de programas de saúde.

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual; sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis, ou UDI); e vertical da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento. Além dessas formas, mais frequentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV(MOURA; PRAÇA, 2006).

O período da gravidez em assunto da contaminação pelo HIV é um assunto que, através de regra, provoca discursos polêmicos e entusiasmados, principalmente entre os profissionais da área da saúde. Amarrados, especialmente nos riscos da transmissão perinatal do HIV. As mulheres soropositivas começam o tratamento, preocupadas em não transmitir o vírus para a criança, mesmo vivenciando o sofrimento dos efeitos colaterais da medicação. Elas começam o uso da medicação no pré-natal e vão às consultas porque, em algum momento, elas escutaram que, se o tratamento fosse feito de forma correta, a criança não nasceria com a síndrome. Nota-se que as gestantes sabem que se deve iniciar o tratamento no início da gravidez e, por esse motivo, procuram comparecer às consultas e tomar a medicação corretamente. (MACHADO, 2010).

A epidemia de HIV/AIDS tem atingido cada vez mais mulheres em idade reprodutiva, sendo que muitas já são mães ou se tornam mães quando descobrem a infecção. Acompanhar de perto essa situação se torna um fator

de suma importância, tendo em vista que se trata de precaução na hora do acompanhamento de gestantes soros positivas que necessitam de cuidados especiais em não transmitir o vírus para os recém-nascidos.

Tendo como objetivo central traçar o perfil epidemiológico das mães soropositivas vivendo com HIV atendidas pelo CTA/SAE entre os anos de 2014 a 2015. Descrevendo o tratamento, procedimentos durante o pré-natal, as medidas tomadas contra a transmissão vertical, o tratamento com os antirretrovirais, a possibilidade de contágio do recém-nascido; o perfil socioeconômico; os riscos de contágio das mães soropositivas.

O presente trabalho está dividido em três partes principais, primeiramente refere-se à fundamentação teórica, expondo uma literatura enriquecida por vários autores, expondo suas ideias e confrontando ideias. Na sequência tem-se os procedimentos metodológicos os grandes responsáveis pela realização e etapas que foram seguidas nessa pesquisa, sendo de caráter do tipo documental, descritivoexploratória com abordagem quantitativa. E para finalizar tem as análises e resultados obtidos nessa pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 AIDS E HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi adotada em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystiscarinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (MOURA; PRAÇA, 2010).

Que segundo Silva (2013) a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A epidemia da AIDS foi primeiramente reconhecida em 1983 quando Luc Montagnier e seus colegas reivindicaram terem descoberto outro retrovírus, o HIV. A doença tem sido descrita como um processo contínuo de disfunção imune pela perda de células T CD4+, que começa desde a hora da contaminação e

progride, conduzindo finalmente à síndrome, com infecções oportunistas ou malignidades que constituem a clínica definida da AIDS (SILVA, 2013).

Diante das patologias atentadas por microrganismos a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é a mais imprópria de todas, atacando o principal sistema de defesa do corpo dando espaço a outras doenças (consideradas oportunistas), levando a óbito grande parte de seus portadores. A SIDA é provocada por um retrovírus conhecido atualmente como HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), isolado em 1983, por Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, de Paris e depois por Robert C. Gallo do Control Diseases Center, dos EUA. É um vírus mutante encapsulado com material genético derivado de RNA, que o torna mais perigoso uma vez que seu material genético se fixa no núcleo celular integrando-se ao DNA normal fazendo replicas dos genes virais (KEELE, 2010).

Conforme dados consta que os primeiros casos de HIV no Brasil, ocorreram em meados dos anos de 1980. Atingindo em grande escala as regiões sul e sudoeste, atingindo São Paulo e Rio de Janeiro. Avançando os casos no decorrer de 1994 a 2000, aonde segundo dados esses casos chegaram em média de 13,7 por 100.000 habitantes, e já atingia cerca de 59% de toda população brasileira (KEELE, 2010).

2. 2 TRANSMISSÃO E DIAGNÓSTICO

Segundo os autores as principais formas de transmissão do HIV são: sexual; sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis, ou UDI); e vertical da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento. Além dessas formas, mais frequentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV (MOURA; PRAÇA, 2010).

Quando acontece o contágio pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser agredido. E é na primeira fase, reconhecida como infecção aguda, que incide a elaboração do HIV - período da exibição ao vírus até o aparecimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas. E o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para

produzir anticorpos ANTIHIV. Os primeiros indícios são muito semelhantes com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a multiplicidade dos eventos passa despercebida (SANTOS 2011).

A próxima etapa é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas que não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de assintomático. Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. A fase sintomática inicial é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4 - glóbulos brancos do sistema imunológico - que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a AIDS (SILVA, 2006).

Souza (2009) demonstra que as técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus. Estas técnicas apresentam excelentes resultados e são menos dispendiosas, sendo de escolha para toda e qualquer triagem inicial. Porém detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus, e não o próprio vírus diretamente. As outras três técnicas detectam diretamente o vírus ou suas partículas. São menos utilizadas rotineiramente, sendo aplicadas em situações específicas, tais como: exames sorológicos indeterminados ou duvidosos, acompanhamento laboratorial de pacientes, mensuração da carga viral para controle de tratamento, etc.

Para Santos (2011) devemos lembrar que a própria infecção pelo HIV resulta em muitas manifestações. O HIV pode penetrar o SNC na fase da infecção primária, ou subsequentemente, resultando numa variedade de síndromes neurológicas, incluindo meningite asséptica, encefalopatia, mielites, como também neuropatias periféricas e autonômicas. Cefaleias

persistentes, mudanças de comportamento, perda de memória, e incapacidade de concentração, podem significar manifestações da infecção pelo HIV ou de uma das doenças oportunistas, ou tumor envolvendo o SNC.

Envolvimento de nervos periféricos pelo HIV pode manifestar-se por parestesia dolorosa, fraqueza e dormência. É importante enfatizar que os pacientes portadores do HIV, particularmente nas fases mais avançadas da doença, fazem uso de diversos tipos de medicamentos, cujos efeitos colaterais podem ser de natureza neurológica. Diarreia, como referimos, pode resultar de doenças oportunistas no trato gastrointestinal ou por toxicidade das drogas utilizadas no tratamento do HIV e suas complicações (SANTOS, 2011).

Nesta construção é estratégica a aproximação entre a Atenção Básica e os Serviços Especializados, capitalizando a cobertura do sistema a partir da integralidade das ações. A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, bem como na qualidade da atenção à saúde. Contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar vulnerabilidades e riscos com a consideração das especificidades de cada usuário ou segmento populacional (BORGES, 2011).

2.3 CICLO DO HIV

Para aumentar no organismo humano, o HIV emprega notadamente os linfócitos T-CD4, responsáveis pelo comando da resposta específica antígeno anticorpo. Por meio da glicoproteína gp120, o vírus tem a capacidade de se ligar ao receptor CD4 (componente da membrana dos linfócitos) e penetrar nas células, usando o DNA destas para se multiplicar. Ao completar seu ciclo reprodutivo, rompe a célula, causando sua morte; os novos vírus (virions) caem na corrente sanguínea, infestando outros linfócitos e continuando, assim, sua replicação (BRASIL, 2012).

Brasil (2012) continua progressivamente relatando, que o HIV leva a falência do sistema imunológico do indivíduo, citando como resultado a perda da habilidade de resposta do organismo diante de agentes como vírus,

bactérias e outros microrganismos. Múltiplos anos podem se acertar entre o andamento da infecção pelo HIV até o aparecimento dos primeiros indícios da AIDS. Quando uma pessoa é portadora do HIV, esta se mencionando à fase assintomática da doença. Como se fala em pessoa com AIDS, constitui dizer que ela oferece sinais que distinguem a doença, o que ordinariamente marca o princípio do tratamento com antirretrovirais.

2.4 TRATAMENTO

Infelizmente a medicina ainda não encontrou a cura para a AIDS. O que temos hoje são medicamentos que fazem o controle do vírus na pessoa com a doença. Estes medicamentos melhoram a qualidade de vida do paciente, aumentando a sobrevida. O medicamento mais utilizado atualmente é o AZT (zidovudina) que é um bloqueador de transcriptase reversa. A principal função do AZT é impedir a reprodução do vírus da AIDS ainda em sua fase inicial. Outros medicamentos usados no tratamento da AIDS são: DDI (didanosina), DDC (zalcitabina), 3TC (lamivudina) e D4T (estavudina). Embora eficientes no controle do vírus, estes medicamentos provocam efeitos colaterais significativos nos rins, fígado e sistema imunológico dos pacientes (BORGES, 2011).

Os Inibidores de Protease são medicamentos que agem diretamente nas cadeias Peptídicas quebrando-as. O vírus HIV depende de proteases no seu ciclo reprodutivo, pois algumas proteínas virais são codificadas em uma longa cadeia peptídica, sendo libertadas por proteases, só então assumindo sua conformação ideal e função. Assim, inibidores de protease são eficazes na redução da infestação dos vírus impedindo sua reprodução em massa (BORGES, 2011).

Para o autor existem, até o momento, duas classes de drogas liberadas para o tratamento ANTI-HIV: Inibidores da transcriptase reversa que são drogas que inibem a replicação do HIV bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa que age convertendo o RNA viral em DNA e os Inibidores da protease estas drogas agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease que é fundamental para a clivagem das cadeias proteicas produzidas pela célula infectada em

proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV (BORGES, 2011).

ANTIRRETROVIRAIS	POSOLOGIA
Abacavir (ABC)	300mg 12/12h ou 600mg 1x/dia
Atazanavir (ATV)	300mg 1x/dia (se associado com RTV) ou 400mg 1x/dia
Darunavir (DRV)	600mg 12/12h
Didanosina (ddl)	<60kg 250mg, >60kg 400mg, 1x/dia
Efavirenz (EFZ)	600mg 1x/dia
Enfuvirtida (ENF) (T-20)	1amp 12/12h (SC)
Etravirina (ETR)	200mg 2x/dia
Fosamprenavir (FPV)	700mg 2x/dia
Lamivudina (3TC)	150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	2 comp. associados 12/12h
Maraviroque (MVQ)	Com IP, exceto TPV/r, 150mg 12/12hs – com EFZ ou ETR, s/ IP, 600mg 12/12hs – com DRV/r + ETR ou EFZ + IP/r (exceto TPV/r) 150mg 12/12hs – TPV/r ou NVP, TDF, Biovir, s/ IP, 300mg 12/12hs
Nevirapina (NVP)	200mg 12/12h
Raltegravir (RAL)	400mg 12/12h
Ritonavir (RTV)	100mg/d (sempre associado a outro IP)
Saquinavir (SQV)	1.000mg 2x/dia
Tenofovir (TDF)	300mg 1x/dia
Tipranavir (TPV)	500mg 2x/dia
Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	1cp combinado 12/12h
Zidovudina (AZT)	300mg 12/12h

Quadro 1: Lista de Retrovirais **Fonte:** Programa Nacional DST/AIDS, 2013.

A prevenção é o único meio de controle da propagação dessa infecção e os programas de saúde concorrem para diminuir as taxas de incidência. Apesar disso, a infecção continua atingindo toda a população, de maneira indiscriminada. Predominam, entre os novos casos, os meios de transmissão em que o comportamento pessoal foi responsável pela infecção, como os usuários de drogas endovenosas e as relações sexuais sem barreira de proteção. Discorre que são inúmeros os desafios encontrados, o assunto evolui rapidamente, sendo necessária a atualização constante para a assistência de enfermagem e a prática profissional, que constitui a aplicação de ações e de informações científicas com objetivo da prevenção e tratamento, em equipe multidisciplinar de assistência, um processo que envolve o aprendizado individual e coletivo, motivador da compreensão e da

consciência para o estabelecimento de estratégias fundamentadas no conhecimento. Portanto, os serviços de saúde devem estar organizados para esse atendimento e a enfermeira obstetra, bem como os outros profissionais da equipe pré-natal, está envolvida na busca de soluções para as transformações que a infecção pelo HIV trouxe para assistência à saúde da gestante, do feto e da família (VAZ, 2011).

Uma boa qualidade de vida segue o tratamento dos pacientes com AIDS, juntamente com as novidades farmacológicas, que permitiram aprazar a vida do paciente soropositivo e a sustentação de seu bem-estar (FERREIRA *et al.*, 2012).

Para Brasil (2012) o uso da terapia antirretroviral (TARV) tem amenizado expressivamente a mortalidade das pessoas infectadas pelo HIV, propiciando o aumento da perspectiva de vida. No Brasil, cerca de 220 mil pessoas estão em tratamento, disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A complicação da AIDS, hoje, compõe um grande desafio para os profissionais de saúde. Como resultado da longa duração da infecção pelo HIV, da toxicidade relacionada ao tratamento, dos costumes e atitudes de vida e das características individuais, a moléstia toma proporções que exigem ações integradas de prevenção e assistência para o enfrentamento dos eventos adversos, o envelhecimento das pessoas e os impactos psicossociais envolvidos.

2.5 HIV E TRANSMISSÃO VERTICAL

A transmissão vertical, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, vem aumentando devido à maior transmissão heterossexual. Na África, são encontradas as maiores taxas desta forma de infecção pelo HIV, da ordem de 30 a 40%; entretanto, em outras partes do mundo, como na América do Norte e Europa, situam-se em torno de 15 a 29%. Os principais motivos dessa diferença devem-se ao fato de que, na África, a transmissão heterossexual é mais intensa, e que neste continente, o aleitamento materno é muito mais frequente do que nos países industrializados. A transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez; porém é menos frequente no primeiro trimestre. As infecções

ocorridas nesse período não têm sido associadas a malformações fetais. O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas (MOURA; PRAÇA, 2010).

Para Fernandes; Araujo (2010) a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV no Brasil tem sido preconizada pela Coordenação Nacional de DST e AIDS para atender à crescente heterossexualização e, conseqüente, feminização da epidemia, que vitimiza mulheres predominantemente na idade fértil e que, portanto, pode colocar em risco seus bebês. A epidemia de AIDS no País se configura com subepidemias. Atualmente, observa-se o aumento proporcional de casos de AIDS devido à transmissão heterossexual, principalmente entre as mulheres que, diferentemente dos homens, têm apresentado taxas de incidência crescentes.

Transmissão vertical do HIV e da sífilis é desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil, apesar dos avanços obtidos nesta área. Com o objetivo de avançar nesta prevenção, percebeu-se ser necessária a ampliação do “Projeto Nascer – Maternidades”, para que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atendimento à gestante portadora de HIV ou com sífilis, bem como ao seu recém-nascido, e a ampliação do diagnóstico e atenção a essa mulher, principalmente durante o pré-natal (BRASIL, 2010).

Carvalho; Piccinini (2008) relata que, embora o esquema profilático da TARV reduza, significativamente, o risco de infecção, propiciando certa tranquilidade para a gestante, ainda persiste uma condição de ansiedade, pois algumas informações fornecidas durante o aconselhamento da TRAV são geradoras de expectativas negativas, ou seja, o risco de infecção é reduzido, mas não é total; o diagnóstico definitivo de não infecção do recém-nascido se estende até os 18 meses de nascida; e o uso de antirretrovirais pode acarretar efeitos adversos potenciais para a gestante e o feto ou recém-nascido.

Carneiro; Coelho (2010) dizem que a assistência à mulher durante a gravidez, dada a repercussão psicológica ocasionada pela maternidade,

impõe uma assistência fundamentada na perspectiva da humanização, ou seja, o profissional de saúde, além das orientações e intervenções clínicas, deve promover uma relação interpessoal, baseada no acolhimento das vivências subjetivas positivas e negativas da gestante.

O momento exato em que a infecção pelo HIV ocorre no feto não é conhecido, estudos sugerem que a transmissão pode ocorrer durante a gestação, parto ou pós-parto pelo aleitamento materno. A transmissão perinatal intra-útero foi comprovada pela detecção do HIV no líquido amniótico, tecidos fetais e placenta. Apesar dos resultados favoráveis no controle da doença, com a administração das terapias medicamentosas, anti-retrovirais e inibidores de protease, a cura da AIDS continua sendo um desafio para os cientistas no mundo inteiro. Muitas conquistas foram alcançadas desde o reconhecimento da doença, as novas opções de medicamentos têm prolongado e melhorado a qualidade de vida dos indivíduos portadores, mas medicamentos curativos ainda não foram desenvolvidos (BARROS, 2010).

A observação epidemiológica tem indicado que gestantes infectadas pelo HIV e portadoras de vaginose bacteriana apresentam maiores taxas de soroconversão durante a gravidez, conseqüentemente com maior risco de TV desse vírus. Como na vaginose bacteriana há notável redução do *Lactobacillus crispatus* produtor de H₂O₂, o principal lactobacilo da flora vaginal normal, evoca-se este parâmetro como um dos responsáveis pelo incremento das taxas de infecção aguda pelo HIV (BORGES, 2011).

Do ponto de vista obstétrico, manobras invasivas da cavidade amniótica (amniocentese) ou da circulação fetal (cordocentese) estão contraindicadas em gestantes infectadas pelo HIV-17. Ao se passar a agulha através dos tecidos maternos esse instrumento se contamina, aumentando os riscos de infecção fetal. No caso da cordocentese, a agulha contaminada leva o vírus diretamente à circulação fetal, e na amniocentese, contamina o líquido amniótico. Como a mucosa do trato digestivo fetal ainda não atingiu o padrão do adulto, ela é vulnerável à infecção do HIV-1. Intervenções invasivas sobre o feto durante o trabalho de parto também aumentam o risco de TV do HIV (DUARTE, 2010).

As mulheres iniciam o tratamento, preocupadas em não transmitir o vírus para a criança, mesmo vivenciando o sofrimento dos efeitos colaterais da medicação. Elas iniciam o uso da medicação no pré-natal e vão às consultas porque, em algum momento, elas escutaram que, se o tratamento fosse feito de forma correta, a criança não nasceria com a síndrome, mas não chegam a entender sobre o HIV/AIDS. Notase que as gestantes sabem que se deve iniciar o tratamento no início da gravidez e, por esse motivo, procuram comparecer às consultas e tomar a medicação corretamente (MACHADO, 2010).

E que, entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora de HIV, AIDS e/ou sífilis. Indissociável à testagem é a conformação de uma rede organizada a partir da definição de atribuições entre os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, que garanta o acesso das gestantes, parturientes e recém-nascidas às mais recentes tecnologias de diagnóstico, controle e manejo da infecção pelo HIV e sífilis. Outra estratégia, de grande importância, é a construção deste protocolo com as diretrizes a serem seguidas para que se atinja o objetivo de eliminar a sífilis congênita e reduzir a transmissão vertical do HIV a níveis abaixo de 1%. É necessário o fomento para a estruturação de uma rede integral de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Nesta construção é estratégica a aproximação entre a Atenção Básica e os Serviços Especializados, capitalizando a cobertura do sistema a partir da integralidade das ações. A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, bem como na qualidade da atenção à saúde. Contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar vulnerabilidades e riscos com a consideração das especificidades de cada usuário ou segmento populacional (BARROS, 2010).

2.6 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DO HIV

Conforme Brasil (2005) podem ser consideradas várias as fases de classificações clínica do HIV, citadas em determinados período de manifestação da infecção do HIV:

2.6.1 Infecção Aguda

Considerada como fase aguda aquela cujas manifestações começam no intervalo de tempo entre duas a quatro semanas, logo após a exposição ao fator de risco. Mas vale ressaltar que essas manifestações nesse intervalo de tempo podem atingir apenas em 30% a 70% dos pacientes casos novos. Por justamente se confundir com sintomas de outras infecções. Em resumo os sintomas mais frequentes é a febre, a fadiga e com frequência, pode-se observar uma faringite, além de linfadenomegalia podendo ainda ocorrer outras manifestações menos frequentes, como a meningoencefalite e as neurites (BRASIL, 2005).

2.6.2 Infecção Assintomática

Considerado como um longo período de tempo que leva em média de, de 8 a 12 anos. Não são visíveis os sintomas através dos exames laboratoriais, porém estas podem se tornar evidentes com o passar do tempo, distinguindo por anemia, leucopenia com neutropenia. A maioria de pessoas soro positiva, nesta etapa, não proporcionam qualquer sintoma, contudo, não é incomum o comparecimento de linfadenopatia genérica constante, que parece não ter qualquer sentido em semelhança o progresso para doença. Os pacientes pro HIV, que se encontram nesta posição tão visível, têm sido nomeados de portadores assintomáticos da infecção por HIV (BRASIL, 2005).

2.6.3 Infecção Sintomática

Nessa etapa surge à fase dos indícios e sinais de manifestação da doença mais agraváveis tais como a perda de peso, febre constante, mialgia, sudorese noturna, entre outros desenvolvidos conforme cada organismo. Frequentemente, não pode ser considerado demorado, podendo reverter para a condição antecedente ou, na maioria das vezes, evoluciona ligeiramente para a doença (BRASIL, 2005).

2.6.4 Infecção Sintomática Demorada

Período considerado como o surgimento imediato das infecções oportunistas, mediante ao agravamento da baixa imunidade do indivíduo acometido da doença. Citadas como as mais características a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, tuberculose pulmonar e extrapulmonar, infecções por outras micobactérias, meningite por criptococos, neurotoxoplasmose, sepsse por *Salmonella*, citomegalovirose, herpes disseminado, enfim, toda uma variedade de infecções causadas por bactérias, vírus, fungos, protozoários e ainda outros agentes menos comuns (BRASIL, 2005). De acordo com o quadro a seguir pode-se fazer uma análise a intensidade do dano imunológico, como sendo:

IMUNODEFICIÊNCIA MODERADA	IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE
Emagrecimento maior que 10% do peso corporal;	Toxoplasmose cerebral;
Diarreia crônica sem etiologia definida, com duração de mais de um mês;	Diarreia persistente, por mais de um mês;
Febre prolongada sem etiologia definida por mais de um mês;	Isosporíase com diarreia persistente por mais de um mês;
Candidíase oral;	Baço ou linfonodos;
Candidíase vaginal recorrente;	Herpes com acometimento mucocutâneo por mais de um mês, ou visceral de qualquer duração;
Tuberculose pulmonar no último ano;	Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
Herpes zoster;	Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> ;
Infecções recorrentes do trato respiratório (pneumonia, sinusite).	

Quadro 2: Dano Imunológico. **Fonte:** BRASIL, 2005

2.7 HIV/AIDS E A ASSISTÊNCIA NO PRÉ- NATAL

Consequentemente no ano de 1984, o Ministério da Saúde organizou um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), assinalando, principalmente, uma quebra de paradigma conceptual com os títulos norteadores da política de saúde das mulheres e o juízo crítico para escolha de preferências neste campo. O PAISM apresentou como alguns de seus alvos característicos o acesso da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e

humanizada, abrangendo o acréscimo e designação da prevenção clínico-ginecológica, ainda para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST, e o acesso, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, da prevenção e do domínio das DST e do contágio pelo HIV/AIDS na população feminina (BRASIL, 2004).

Conforme Brasil (2006), através de tais medidas o Ministério da Saúde tem provado sua apreensão com a extensão ética da oferta do teste ANTI-HIV, reconhecendo a necessidade de que esta ação incida de feito a garantir a cidadania e a reverência à pessoa humana e sobressaindo que os fatores éticos dos Centros de Testagem e Aconselhamento sejam compostos pelos princípios de confiança dos exames, rapidez na condução para os serviços de referência, gratuidade e confidencialidade, aliados às ações de aconselhamento.

As ações desenvolvidas para a definição e decorrências do teste ANTI-HIV para o dia-a-dia são tão admiráveis como à concretização deste. Em se tratando das gestantes, isso passa a ser ainda mais prioritário, pois a inconstância emocional oportuna da gravidez permanece acentuada e pode ocasionar decorrências antagônicas à mulher e ao conceito. Os andamentos de acolhimento à mulher concebem ambientes aceitáveis para a realização do aconselhamento e para o acompanhamento e base às alcances preventivos. Um desses ambientes admiráveis é o acolhimento pré-natal, avaliando que ordinalmente este é o primeiro contato da mulher gestante (SILVA, 2008).

O método de aconselhamento poderá ser provocado com a instituição de palestras e outros elementos de conhecimento para as gestantes e seus companheiros, na rotina das ocupações de pré-natal, tornar ótimo o ambiente entre a espera e a consulta. Esse estágio informativo educativo bancará da investida deste tema, para muito ainda complexo, caso adequado e de rotina, impedindo a banalidade da testagem ANTI-HIV. No pós-teste, o profissional necessitará esforçar e agitar com a gestante a aceitação do efeito de seu exame, e, qualquer que seja o resultado, esforçar as informações sobre modo de transmissão do HIV e outras DST, e sobre as notas de prevenção (BRASIL, 2007).

Dentre os absurdos no artifício de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, apartam, pelo menos, as seguintes: carência ou início demorado do acompanhamento pré-natal, sem período para obter-se o resultado da sorologia para o HIV e a necessária operação; atendimento pré-natal apropriado, contudo sem petição de teste do HIV; abrigo no pré-natal apropriado, com efetivação de teste para o HIV, mas sem efeito do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do mesmo (ISRAEL, 2002).

2.7.1 Uso de antirretrovirais em gestantes

Conforme Brasil (2010) a média de uma gestante transmitir o vírus para o seu bebe é cerca de 20%. E nos casos onde a gestante segue prioritariamente todo tratamento em dias as chances diminuem e muito com apenas 1%. Mas seguindo certinho o tratamento durante a gestação tanto na mãe quanto no recém-nascido para a plena eficiência e eficácia do tratamento. Sendo que conforme prescrição médica o antirretroviral deve ser administrado para a gestante que já realiza o tratamento.

Por conta da situação da transmissão vertical é necessário que a gestante realize o teste de HIV recomendado a fazer no 1º trimestre. Que quando a gestante não teve um acompanhamento no pré – natal é necessário que comece no 3º trimestre. Quando diagnosticada com o HIV a gestante inicia a medicação, com intuito de proteção do feto. Recebendo todo acolhimento, ensinamentos, orientação quanto não amamentar a bebe, tendo em vista o perigo da transmissão vertical (BRASIL, 2010).

2.7.2 Pré-Natal de gestantes HIV

É essencial que toda mulher realize o exame de HIV logo nos primeiros meses de sua gestação em seu pré-natal. Se o resultado for não reagente, deve retornar no terceiro semestre para realizar outro teste e assim manter o controle, sendo como protocolo do Ministério da Saúde. Do contrário, ou seja, se o resultado for reagente para o HIV, deve decorrer dos procedimentos cabíveis no centro especializado para realização do

tratamento. Tais como as Unidades dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do Ministério da Saúde. (MONTEFUSCO, 2005).

Em virtude de um resultado reagente no pré-natal, a gestante deve seguir normalmente com seus exames periódicos, tais como os exames de rotina, ultrassonografias, a menos que haja uma gravidez de risco e conforme prescrição médica necessite realizar de outros exames mais aprofundados. Vai ser necessário que haja um acompanhamento pelo um infectologista e inicie a medicação adequada (MONTEFUSCO, 2005).

O autor continua citando que ao iniciar o tratamento a gestante precisa ser orientada quanto ao tipo de parto. Visando a não contaminação da criança intitulada de transmissão vertical. A gestante ao iniciar a medicação antirretroviral deve mantê-la até o final da gestação é indicado que o tratamento com antirretrovirais seja iniciado a partir da 24ª semana de gestação, sabendo que o segundo e o terceiro trimestre equivalem ao momento com maior risco de contágio (MONTEFUSCO, 2005).

2.7.3 Evitando a contaminação durante o parto

Durante o acompanhamento é necessário que haja monitoramento quanto à carga viral da gestante. Que quanto menor for à carga viral menor serão as chances de contaminação da criança. Daí da grande importância de se realizar o exame nos primeiros meses durante o pré-natal. Que quanto mais cedo o tratamento, menor a quantidade de vírus no organismo e consequentemente menores chances da criança adquirir o vírus (MONTEFUSCO, 2005).

Conforme a quantidade da carga e se a mesma permanece baixa com o início da medicação é possível que nasça uma criança saudável. Portanto o exame de carga viral deve ser realizado periodicamente para acompanhar o quadro da paciente com a medicação. Sendo os antirretrovirais os grandes responsáveis pela diminuição da carga viral (MONTEFUSCO, 2005).

2.7.4 Pós – Parto gestantes HIV

Permanecem muitos aconselhamentos no pós-parto sobre os cuidados com o recém-nascido. Segundo Brasil (2013) o ideal é que o bebê realize dois testes de carga viral, sendo um no primeiro mês de vida e outro no quarto, para assegurar que a contaminação não foi transmitida da mãe para o filho no decorrer do período gestacional ou durante o parto. Caso os dois exames de carga viral e CD4 forem não reagentes, conclui-se que a criança não contraiu o vírus (MONTEFUSCO, 2015).

Como previsto pelo Ministério da Saúde é necessário que a criança realize dois testes de carga viral, sendo um no primeiro mês de vida e outro no quarto para assegurar que a contaminação vertical não ocorreu. Se os dois resultados forem negativos, a conclusão é de que a criança não foi infectada (MONTEFUSCO, 2015).

2.8 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO – CTA

Em todo o Brasil desde de 1998, foram implantados os Centros de testagens e Aconselhamento – CTA, que ofertam exames de HIV e outras DST's. Com intuito de agir como fator de prevenção e diagnóstico precoce. Com o tempo foram surgindo vários em todo o Brasil. A função principal do CTA's é o diagnostico e consequentemente o tratamento de pacientes com resultados reagentes (Mesquita, *et al.*;2004).

Disponibilizando, contudo os dados epidemiológicos para um melhor controle dos dados estatísticos dos casos positivos anualmente. Nos dias atuais os CTA's, têm optado por melhoras na maneira de atendimento. Para melhorar a dinâmica, pois em sua maioria as pessoas procuram o atendimento estão sem documentos exigidos, mas ainda sim são realizados, pois melhor fazer o exame e obter o quadro sorológico da pessoa do que perder por falta de burocracia (Mesquita, *et al.*;2004).

Conforme Brasil (2010) o territorial Nacional está cercado por Centro de Testagens e Aconselhamento. Possibilitando maior acesso e oportunidade de intervenção com ações educativas. Que visem o acolhimento e apoio aos pacientes dando livre acesso as informações

necessárias para maiores informações. Além de dispor também do tratamento continuado, ofertando todo tratamento com profissionais capacitados que possam atender da melhor maneira possível.

Mas, contudo ainda há uma pouca repercussão em relação a procura pela testagem. Sendo que a procura maior acontece mediante alguma situação de risco, ou alguma situação de saúde; como cirurgias, pré-natal etc. fatores dos quais são exigidos as testagens de HIV (BRASIL, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa baseia se em um estudo descritivo-exploratório, documental, com abordagem quantitativa. Como cita Diehl (2004) que esse tipo de pesquisa proporciona um rascunho acerca desta estratégia à pesquisa quantitativa pelo uso da quantificação, de tal maneira na coleta como na terapêutica das informações, empregando métodos, estatísticas, objetivando resultados que impeçam aceitáveis defeitos de análise e interpretação, autorizando uma maior margem de segurança. Dalfovo (2008) cita ainda que tudo que pode ser especificado em números qualificados e avaliados. Utiliza-se de métodos estatísticos, denominado como método quantitativo. Conforme previsto, tem como diferencial a intenção de garantir a obrigação das tarefas alcançada, apontando a um procedendo com poucas ocasiões de defeitos.

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existent de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) (COSTA; BARRETO, p.5 2003).

Optou-se pelo presente estudo, com intuito de traçar o perfil epidemiológico de mulheres gestantes soropositivas atendidas pelo CTA/SAE Itaituba. Esclarecendo como se dar o tratamento, procedimentos, e transmissão vertical. Sendo demonstrado o perfil epidemiológico das mães

soropositivas atendidas no CTA/SAE Itaituba, PA entre os anos de 2014 e 2015.

3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram colhidos no CTA/SAE Itaituba – PA, repassando dados do SICTA – sistema de informação incumbido de gerar os dados epidemiológicos referentes a mães soropositivas. Que com o material dos dados em mãos começou uma exploração e agrupamento do mesmo, fazendo uma organização para a próxima etapa de expor mediante os dados estatísticos, com manejo de gráficos para uma maior análise e compreensão.

3.3 ANÁLISES DOS DADOS

Através dos dados coletados através do SI – CTA (Sistema de Informação CTA/SAE Itaituba), cedido pelo CTA/SAE do Município de Itaituba. Desenhamos o perfil epidemiológico pelos dados coletados. Onde foram exibidos em tabelas para uma maior compreensão, descrevendo todos os dados coletados, verificando dentre outros fatores a faixa etária, escolaridade, estado civil, etc.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAL

Salientamos primeiramente que a pesquisa ocorreu dentro dos conformes de forma legal. Sendo encaminhado o requerimento para análise do referente tema em questão, que após ser analisado foi acatado pelo o conselho de ética pela Faculdade de Itaituba – FAI e aprovado a realização da pesquisa. Em decorrência foi encaminhado documento a Secretaria Municipal de Saúde do município de Itaituba – PA, para haver a aprovação da pesquisa autorizando o CTA/SAE Itaituba a nos ceder os dados solicitados e consequentemente foi cedido pelo setor CTA/SAE Itaituba através do Sistema de Informação SI-CTA – dados referentes às mães soropositivas em quadro estatístico. Por se tratar de uma área que preza muito pela ética profissional, foi tomado o máximo de precaução no sentido

de resguardar o sigilo dos pacientes, que não foram expostos em nenhum momento da pesquisa.

3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Sobre os fatores de risco que acompanharam essa pesquisa procurou-se em todo tempo resguardando identidade de todas as pacientes que fizeram parte dos dados estatísticos, evitando o sigilo e resguardando as mulheres envolvidas na pesquisa, trabalhando apenas com números. Até mesmo por se tratar de uma doença que o paciente tem todo o direito de se resguardar. Quanto aos benefícios, acredita que serão inúmeros para caráter de conhecimento principalmente de mulheres a respeito de gestantes que convivem com o vírus HIV, onde se espera que possa entusiasmar de maneira eficaz quanto ao conhecimento e compreensão do Perfil Epidemiológico de mães soropositivas atendidas no CTA/SAE Itaituba entre os anos de 2014 e 2015.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.2 FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE E RAÇA/COR:

Foram realizados 4.870 exames de HIV no gênero feminino entre os anos de 2014 a 2015 no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, sendo que desses exames realizados, foram diagnosticados 54 casos novos de HIV. E desse quantitativo foram diagnosticados 16 casos positivos para o HIV em gestantes. A tabela 1 dará uma visão geral sobre três aspectos epidemiológicos destas gestantes portadoras do vírus: faixa etária, escolaridade, raça/cor

Tabela 1- Distribuição de gestantes HIV positivas notificadas segundo características sócio demográficas. Itaituba - PA, 2014 - 2015

Variável	Quantitativo	(%)
Faixa Etária		
17 – 19	3	18
20 – 22	2	13
23 – 25	5	31
26 – 28	4	25

29 – 31	2	13
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	2	13
Fundamental Completo	4	25
Médio Completo	6	37
Médio Incompleto	3	19
Superior	1	6
Raça/Cor		
Branca	2	13
Preta	2	13
Parda	11	68
Indígena	1	6

Fonte: SI-CTA 2014-2015

Em relação a faixa etária 31% dessas gestantes encontra-se entre de 23 a 25 anos de idade, seguido por 25% de 26 a 28 anos e na sequência 18% de 17 a 19 anos. Finalizando com 13% de 20 a 22 anos e 29 a 31 anos.

Quanto à escolaridade a maioria das gestantes cursou o ensino médio completo com 37%, sequenciando pelo ensino fundamental completo com 25%, o ensino médio incompleto com 19% e ensino fundamental incompleto com 13%. E finalizando com apenas 1% cursando o nível superior.

De acordo com Silva (2010) no Brasil a AIDS atinge determinadas classes sociais. E há um grande quantitativo da doença que atinge principalmente pública de baixa escolaridade e renda. Pois na maioria das vezes não tem oportunidade de adquirir determinadas informações. Se tornando leigos no assunto.

Quanto a raça e cor a maioria se enquadra: 68% na parda, vindo na sequência 13% por Branca e preta e por fim 6% indígena.

Para cor e raça, o predomínio da “parda” pode ser explicado por aqui na região norte ser bem predominante essa cor. Segundo o Censo 2010, 43,1% da população brasileira declararam pardos e o maior percentual desse contingente estava na Região Norte (66,9%) (BRASIL, 2010).

Analisando as variáveis epidemiológicas acima, observa se que o público feminino bastante jovem. Conforme cita Silva (2010) que houve uma considerável mudança do âmbito do diagnóstico de HIV. Atingindo a classe feminina mais jovem entre 15 a 40 anos.

Segundo Guin (2015) há uma maior explicação em relação ao público mais jovem, por estarem cada vez mais exposto a relação de risco por possuir uma vida sexual cada vez mais ativa e precocemente. É considerada que no âmbito geral do Brasil é cada vez mais frequente a infecção pelo vírus HIV em mulheres na faixa etária mais jovem. Levando em consideração que esse público tem optado por uma liberdade, buscando e começando a vida sexual ativa precocemente (BRASIL, 2010).

4.3 FATORES DE RISCO: ESTADO CIVIL, PARCEIROS SEXUAIS, USO DE PRESERVATIVOS

Tabela 2: Fatores de risco conforme parceiros fixos e eventuais 2014 a 2015 das gestantes reagentes para o HIV.

Variável	Quantitativo	(%)
Estado Civil		
Casado	9	56
Amigado	5	31
Solteiro	2	13
Parceiros sexuais no último ano		
Apenas 1	8	50
2 – 4	4	25
5 – 7	3	19
8 – 10	1	6
Mais de 10		
Uso do Preservativo no último ano		
Sim	2	13
Não	14	87
Motivo de usar Preservativo		
Não Gosta	4	25
Parceiro não aceita	2	13
Confia no parceiro	7	43
Desejo de ter um filho	2	13
Violência Sexual	1	6

Fonte: SI-CTA 2014-2015

Conforme dados coletados da exposição de risco, nota-se com nitidez que 56% das gestantes são casadas, possuindo um parceiro fixo, 31% com união estável e 13% solteiro. Quanto aos parceiros sexuais as gestantes demonstram que mantiveram relação sexual apenas com seu parceiro fixo

com 50%, 25% tiveram de 2 a 4 parceiros, 19% de 5 a 7 parceiros e com 6% com mais de 10 parceiros no ultimo ano. Foi nítido o não costume do uso dos preservativos com 87% das gestantes, e apenas 13% que fizeram o uso no último ano. Quanto ao motivo de não usarem 43% porque confia no parceiro, 25% porque não gosta de usar, 13% que possuía o desejo de ter um filho e parceiro não aceita e 1% foi vítima de violência sexual.

Sabe se que a promiscuidade é um dos fatores de risco que expõem as mulheres (BRASIL,2010). A pesquisa demonstrou que a maioria delas é casada com , possuindo com isso apenas um parceiro fixo, ou seja, seu próprio esposo. Em segundo planos, observamos que vem crescendo na sociedade à união estável.

Confirmou se a tendência da pesquisa em relação ao parceiro fixo. Pois 50% das gestantes relataram ter tido relação sexual apenas com seu parceiro fixo. Que consequentemente não fizeram o uso do preservativo por confiarem em seus parceiros com 43% das gestantes. Segundo Giacomozzi; Camargo (2003) o ato de confiança dos casais acomete uma relação de reciprocidade de ambos que acabam por achar que nunca vai acontecer uma relação extraconjugal.

Assim, o quantitativo de mulheres soropositivas é cada vez mais decorrente das relações sexuais com seus esposos . Sendo que as mulheres possuem um grande risco no que se refere ao contágio, tendo em vista que a mulher recebe o sêmen do homem, que continua em contato demorado com a mucosa vaginal, provocando a transmissão do vírus. Portanto uma mulher pode adquirir o vírus é quatro vezes maior que o do homem durante uma relação sexual (BRASIL, 2010).

4.6 DIAGNOSTICO NA GESTAÇÃO, TIPO DO PARTO QUE FOI SUBMETIDA,E USO DOS ANTIRRETROVIRAIS

Variável	Quantitativo	(%)
Período de Gestação		
1º ao 3º mês	5	31
4º ao 6º Mês	9	56

7º ao 9º mês	2	13
Tipo de parto		
Cesariana	15	94
Normal		
Outros	1	6
Antirretroviral durante o parto		
Sim	15	94
Não		
Outros	1	6
Antirretroviral na criança		
Sim	15	94
Não		
Outros	1	6
Transmissão Vertical		
Sim	0	
Não	15	94
Outros	1	6

Conforme Costa (2010) a realização do teste de HIV é de suma importância durante o pré-natal, sendo essencial nesse período com intuito de descartar a possibilidade de transmissão vertical. Por isso a necessidade da gestante realizar o teste de HIV durante o pré-natal, logo nos primeiros meses de gestação. Que caso o resultado seja positivo já se inicia o tratamento corretamente (BRASIL, 2010).

A tabela 3 auxiliará na análise destes 4 assuntos:

Tabela 3- Período gestacional em que houve diagnóstico, tipo de parto, tratamento da mãe e do bebê, transmissão vertical, Itaituba, 2014 - 2015

Variável	Quantitativo	(%)
Período de Gestação		
1º ao 3º mês	5	31
4º ao 6º Mês	9	56
7º ao 9º mês	2	13
Tipo de parto		
Cesariana	15	94

Normal		
Outros	1	6
Antirretroviral durante o parto		
Sim	15	94
Não		
Outros	1	6
Antirretroviral na criança		
Sim	15	94
Não		
Outros	1	6
Transmissão Vertical		
Sim	0	
Não	15	94
Outros	1	6

Fonte: SI-CTA, 2014-2015

Em se tratando dos cuidados a Transmissão Vertical, nota-se que 56% das gestantes descobriram o diagnóstico no 4º a 6º mês, 31% descobriram no período gestacional de 1º ao 3º mês. Com 13% de 7º ao 9º mês.

Para evitar transmissão vertical o Ministério da saúde recomenda que a gestante realize o teste de HIV no 1º trimestre. Que quando a gestante não teve um acompanhamento no pré – natal é necessário que comece no 3º trimestre. Quando diagnosticada com o HIV a gestante inicia a medicação, com intuito de proteção do feto. Recebendo todo acolhimento, ensinamentos, orientação quanto não amamentar a bebê, tendo em vista o perigo da transmissão vertical (BRASIL, 2010).

A realização dos testes é essencial e agregam o cuidado no pré-natal, segundo indicação do Ministério da Saúde, que preconiza a testagem no primeiro trimestre ou na primeira consulta pré-natal, reproduzindo no terceiro trimestre. A Resolução nº 1.665/2003 do Conselho de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, em seus artigos 5º e 6º, refere que o médico deve atingir o aconselhamento pré e pós-teste e promover o teste anti-HIV durante o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2010).

Quanto ao uso do antirretroviral durante a gestação 94% fizeram o uso correto e 6% se enquadraram em outros. Quanto ao tipo de parto realizado

foram em sua maioria o de parto cesariano com 94%, nenhum parto normal ocorreu e 6 % classificado como “outros”. E 94% dos casos houve também o uso do antirretroviral na criança e apenas 1 caso (6%) se enquadraram em “outros” pois não foi possível definir .

O alto índice de cesariana identificada na pesquisa, é justificada pelo o exame de carga viral. Pois segundo Santos; Okazaki (2012) aconselha-se parto cesariana quando a carga viral é 1000 cópias/ml ou desconhecida e a idade gestacional é 34 semanas.

Observa-se que todas as gestantes seguiram o tratamento correto, fazendo o uso do antirretroviral durante toda gestação, como demonstrado com 94%. Mas houve 1 gestante (6%) que possivelmente abandonou o tratamento e acabou sendo classificada como “outros”. Segundo Amaral (2010), existe várias formas de contágio do HIV, através da transmissão vertical e uma dessas formas é na hora do parto, através do contato com o sangue da mãe pelos partos normais. E também depois do parto através do ato de amamentar.

A gestante deve ter a informação do risco de transmissão vertical do HIV e das medidas abraçadas para acautelar. Caso permaneça em uso de antirretrovirais, sua carga viral deve se localizar constante e em níveis indetectáveis antes da gestação (BRASIL, 2010).

A prevenção da transmissão vertical foi realizada com êxito, tendo em vista das 16 gestantes acompanhadas pelo CTA-Itaituba, 15 (94%) não transmitiram para o seu bebê e 1 (6%) foi classificada pelo SI (sistema de Informação) como “outros”, possivelmente porque abandonou o acompanhamento.

A orientação das gestantes soropositivas a respeito do tratamento adequado é de extrema estimação para diminuir os indicadores de transmissão vertical no município. Ter acesso à informação e a um pré-natal de qualidade é fundamental. A gravidez é um momento importante e especial para a mulher. A gestação acrescenta as demandas nutricionais, o que constitui a obrigação de um cuidado específico dos serviços de saúde em relação às direções alimentares, para garantir à mulher a oferta de calorias e nutrientes exigidos no período de 40 semanas (BRASIL, 2010).

5 CONCLUSÃO

Constatou-se que há um grande índice de crescimento da epidemiologia de HIV em todo mundo, havendo um grande percentual de pessoas com o diagnóstico. Tornando necessário que haja medidas de prevenção e esclarecimento para a sociedade em geral. Mas o grande ponto em questão da pesquisa foi traçar o perfil epidemiológico de mães soropositivas que se enquadram dentre desse percentual de casos de HIV. Tornando mais grave ainda por haver o grande risco de ocorrer à transmissão vertical de mãe para filho durante a gestação.

O intuito maior foi traçar o perfil epidemiológico dessas mães soropositivas atendidas no CTA Itaituba – PA entre 2014 e 2015, enfatizando como vivem, como ocorre o tratamento, quais procedimentos cabíveis durante o pré-natal, perfil sócio econômico etc. Foram alcançados os objetivos previstos pela pesquisa, respondendo as indagações verificou-se contudo, que existe métodos atuais disponíveis e gratuitos que fazem com que de uma certa forma essas mães tenham um acolhimento adequado.

Que são ofertados antirretrovirais totalmente gratuitos, tanto para a mãe quanto para a criança. Que são realizados procedimentos antecipadamente com intuito de eliminar estatísticas de transmissão vertical. Que conforme pesquisa demonstrou que do percentual das gestantes soropositivas analisadas todos obtiveram resultados positivos em relação aos recém-nascidos que não foram contaminados durante o parto. Tendo em vista os cuidados que foram tomados no decorrer da gestação e pré-natal com o uso da medicação e cuidados durante o parto com a mãe e RN aplicando as medicações corretamente.

Notou-se ainda que o conforme perfil sócio econômico, que na sua maioria são mulheres casadas, que descobriram o diagnóstico durante o pré-natal, e afirmaram terem relações sexuais apenas com seus companheiros, o que acarreta a forma de contágio repassada pelos mesmos. O não uso de métodos de prevenção tais como, os preservativos também contribuíram para esse índice, ocorrendo o risco de contágio pela opção das mulheres soropositivas de não fazer o uso por não gosta e confiar no parceiro.

Quanto à probabilidade de contágio dos recém-nascidos, observa-se que quando seguido todo o procedimento adequado de uso dos antirretrovirais, e quando há um diagnóstico no início do pré-natal há maiores probabilidades de não contágio, mediante o uso da medicação da gestante agir de forma mais eficaz, daí a importância de fazer a testagem precocemente pelas gestantes. Pois caso haja um resultado reagente haverá maiores possibilidades para que não haja o contágio de mãe para filho.

Conclui-se, portanto que a pesquisa respondeu de forma positiva todos os objetivos esperados, servindo como grande informação a maiores esclarecimento perante a sociedade. Esperando, contudo um maior empenho de eficiência por parte dos profissionais em saúde, visando auxiliar e contribuir para maiores fatores que previnam e alertem a população, visando à prevenção.

REFERENCIAS

AMARAL, J.S.; SILVA, J.C.; CARVALHO, L.S.; CARVALHO, N.S.; URBANETZ, A.A.; TRISTÃO.; E.G. Perda de seguimento e transmissão vertical do HIV na cidade de Joinville, S. C – Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 39, nº. 1, Santa Catarina, 2010.

BARROS, D. G. **AIDS: Tratamento e Diagnostico**. 3ed: Atlas, Recife, 2010.

BORGES, D. **A Guerra contra o vírus HIV**. São Paulo. 2011.

BRASIL, M. S. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Brasília (DF); 2006.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes** - Brasília, 2010.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Contribuição dos Centros de Testagem para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS / Programa Nacional de DST e AIDS.** – 3. Ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 172 p: il. – (Séries Manuais, n. 46)

BRASIL, M.S. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** 1ª ed. Brasília (DF); 2004.

BRASIL, M.S. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes,** v.6, (2) - Brasília, 2007.

BRASIL. M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **GUIA DE CONSULTA RAPIDA PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS;** Brasília – 2011.

BRASIL. M.S. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Dados epidemiológicos de DST, HIV/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS** [Internet]. 2007 dez. [citado 2011 abr. 20]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-](http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico) Brasília, 2007.

CARNEIRO, A. J., COELHO, E. A. Aconselhamento na testagem ANTI-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**,15 (Supl 1), 1216-1226. São Paulo, 2010.

CARVALHO, J.; PICCININI, C. A. **Aspectos psicológicos da Gestação e maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS.** 4ed: atheus; São Paulo, 2008.

COSTA, M. A. P.; DANTAS N. P. M.; REIS, R. K. **Caracterização das gestantes vivendo com o HIV/AIDS no Estado de alagoas.** ABENFO-Minas Gerais, 2010. DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada,** Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, SSN 1980-7031 Sem II, Santa Catarina, 2008.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DUARTE, G. **Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana.** 2 ed: Atlas; São Paulo, 2010.

FERNANDES, M.; ARAUJO, M. S. **Transmissão Vertical**. São Paulo, 2010.

FERREIRA, B. E.; MENDES, I. O.; PANIAGOI, A. M.M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Revista Epidemia**. Mato Grosso, 2012.

GIACOMOZZI A.L.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da Aids. *Psicol Teor Prat*. 2003; 6(1):31-44

GUIN, C. A cada 10 infectados pela AIDS estão o público, São Paulo, 2015. Disponível em: www.jj.com.br. Acesso em 26/06/2016.

ISRAEL, G. R. Como é que eu vou dizer para a gestante? Dilemas morais da oferta do teste ANTI-HIV a gestantes em trabalho de parto: uma contribuição da biolítica. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002.

KEELE, B. *In* Chimpanze reservoirs of pandemic and nonpandemic HIV1 Universidade do Alabama, **Revista science**, vol 312, (3), 2010.

MACHADO, A.G. **Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/AIDS**. 2 Ed v.2, Fortaleza, 2010

MESQUITA, F.; ZACARO, C.; SANTOS, E. A.; OLIVEIRA, S.M.; VERAS, M. A.S.M. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo. **Revista Brasileira Epidemiológica**, v.7, n.3, 12-22; São Paulo, 2004.

MONTEFUSCO, P. HIV na gestação: os riscos que o vírus oferece para a mãe e o bebê. 2015. Acesso em 25/06/2016. Disponível em: mdemulher.abril.com.br/saúde.

MOURA, E. L.; PRAÇA, N. S. **Transmissão Vertical do HIV. Expectativas e ações da gestante soropositiva**. 2ed: Atlas: São Paulo, 2010.

OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem à gestante soropositiva para o HIV. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem**; UNISA. 2012; 13(1): 33-6.

SANTOS, F. D. **HIV: uma visão geral**. São Paulo: ed: Atlas. 2011

SILVA, M. J. M.; MENDES, W. S.; GAMA, M. E. A.; CHEIN, M. B. C.; VERAS, D.S. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. – Brasília, 2010; 43(1): 32-5.

SILVA, N. E. K. AIDS E GRAVIDEZ: OS SENTIDOS DO RISCO E O DESAFIO DO CUIDADO. **Revista Saúde Pública**. 2006; 40(3): 474-81.

SILVA, R. M. O.; ARAÚJO, C. L. F.; PAZ, F. N. T. A Realização Do Teste ANTI-HIV No Pré-Natal: Os Significados Para a Gestante. Esc Anna Nery **Revista de Enfermagem**, v.8 (4) 2008.

SOUZA, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA, J. R. A.; CARVALHO, M. F.; CASTILHO, E. A. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo Sentinela Parturiente. **Revista de Saúde Pública**, 38, 764-772, 2009.

VAZ, M. J. R, Transmissão Vertical do HIV em população atendida no serviço de referencia. **Acta Paul Enferm**, 26 (2): 158-64, Maceió, 2011.