



SUSIANY PEREIRA ERVAZ MACEDO

**DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE GESTANTES SOROPOSITIVAS NUM ÂMBITO
NACIONAL: EVIDENCIANDO AS CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO CENTRO-
OESTE NOS ANOS DE 2011 A 2021**

**Sinop/MT
2022**

SUSIANY PEREIRA ERVAZ MACEDO

DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE GESTANTES SOROPOSITIVAS NUM ÂMBITO NACIONAL: EVIDENCIANDO AS CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO CENTRO-OESTE NOS ANOS DE 2011 A 2021

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem, da UNIFASIPE- Centro Universitário, como requisito final para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Me. Francieli Ferreira Bastida.

SUSIANY PEREIRA ERVAZ MACEDO

DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS NUM AMBITO NACIONAL: EVIDENCIANDO AS CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO CENTRO-OESTE NOS ANOS DE 2011 A 2021

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem-UNIFASIPE, Centro Universitário FASIPE como requisito final para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em:

Enf. Me. Francieli Ferreira Bastida.
Professor (a) orientador (a)
Departamento de Enfermagem-UNIFASIPE

Professor (a) avaliador (a)
Departamento de Enfermagem-UNIFASIPE

Professor (a) avaliador (a)
Sinop/MT

Bruno Jonas Rauber
Coordenador do Curso de Enfermagem
UNIFASIPE

Sinop/MT
2022

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos que me apoiaram me incentivaram e me ajudaram no decorrer de toda minha trajetória, em especial meus familiares.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por todas as bênçãos concedidas no decorrer desta caminhada, por ter me dado saúde e forças para superar as dificuldades.

A esta universidade e seu corpo docente, direção e administração, que me deram oportunidade de adquirir conhecimento para que assim possa conquistar horizontes maiores em minha carreira profissional.

Minha Orientadora Prof^a Me. Francieli Ferreira Bastida pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pela correção e incentivos.

Aos meus pais Milton Luiz Neri Pereira e Lindalva Cardoso Pereira, irmãos e cunhadas pelo amor e apoio incondicional.

Aos Meus filhos Maria Clara Pereira Macedo, Anna Livia Pereira Macedo e João Pedro Ervaz Felix Macedo, que estiveram comigo em todos os momentos, compartilhando de todas as emoções.

E a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

"Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações que tragam resultados."

(Florence Nightingale)

MACEDO, Suziany Pereira Ervaz. **DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE GESTANTES SOROPOSITIVAS NUM ÂMBITO NACIONAL: EVIDENCIANDO AS CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO CENTRO-OESTE NOS ANOS DE 2011 A 2021.** 2022. 60 páginas – Monografia de Conclusão de Curso - UNIFASIPE – Centro Universitário de Sinop.

RESUMO

Objetivo: este estudo visa analisar de forma criteriosa o perfil epidemiológico de gestantes portadoras do vírus HIV e Aids no Brasil, com certa ênfase no Centro-Oeste. **Metodologia:** observa-se que foram realizados o levantamento e a análise dos dados através de uma revisão bibliográfica nos meses de outubro e novembro de 2022, usando como fonte do estudo as bases de dados LILACS e SciELO. Para tanto, apenas trabalhos em português, completos e publicados entre os anos de 2011 e 2021 fizeram parte deste estudo. Posteriormente, ao identificar os critérios estabelecidos de inclusão e exclusão, foram selecionados 11 artigos. **Resultados:** considerou-se que a maioria das gestantes eram mulheres brancas, com ensino médio incompleto, donas do lar e que tiveram o diagnóstico do HIV antes da gestação, geralmente entre os seus 20 e 35 anos de idade, e que fazem o tratamento com terapia antirretroviral e o pré-natal de forma regular. **Conclusão:** a importância de conhecer a característica epidemiológica das gestantes portadoras de HIV/Aids, é o que possibilita implantar ações de prevenção na gestação, parto e puerpério, sendo essa a maneira mais eficiente de reduzir os riscos de uma transmissão vertical.

Palavras-chave: HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Gestação. Epidemiologia. Perfil social. Brasil. Centro-Oeste.

MACEDO, Suziany Pereira Ervaz. **EPIDEMIOLOGICAL DESCRIPTION OF HIV-POSITIVE PREGNANT WOMEN IN A NATIONAL SCOPE: HIGHLIGHTING THE CHARACTERISTICS OF THE CENTRAL-WEST REGION IN THE YEARS 2011-2021**. 2022. 60 pages - Monograph of Course Conclusion - UNIFASIPE - University Center of Sinop.

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze in a careful way the epidemiological profile of pregnant women with HIV and Aids virus in Brazil, with a certain emphasis on the Midwest. **Methodology:** it is observed that the data was surveyed and analyzed through a bibliographic review in the months of October and November 2022, using the LILACS and SciELO databases as the source of the study. Only works in Portuguese, complete and published between 2011 and 2021 were part of this study. Subsequently, by identifying the established inclusion and exclusion criteria, 11 articles were selected. **Results:** It was considered that the majority of pregnant women were white women, with incomplete high school education, housewives and who had the diagnosis of HIV before pregnancy, usually between 20 and 35 years of age, and who are treated with antiretroviral and prenatal therapy on a regular basis. **Conclusion:** the importance of knowing the epidemiological characteristic of pregnant women with HIV/AIDS, is what enables us to implement preventive actions in pregnancy, childbirth and the puerperium, being the most efficient way to reduce the risks of vertical transmission.

Keywords: HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Pregnancy. Epidemiology Social profile. Brazil. Midwest.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: – Infecção pelo HIV em Gestante, aids em menores de cinco anos, taxas de detecção de aids, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV Brasil 2010 a 2020.....	43
Gráfico 02: Taxa de detecção de HIV, nos anos de 2010 a 2020 - divididos por região.....	44
Gráfico 03: Taxa de detecção da aids (por 100.000 hab.) de acordo com a UF e sua capital...	45
Gráfico 04: Taxa de detecção por 1.000 nascidos Vivos.....	46
Gráfico 05: Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2010 a 2020.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: HIV – Estrutura Anatomica.....	20
Figura 02: Ciclo Reprodutivo – HIV entrando na célula.....	22
Figura 03: Ciclo Reprodutivo – HIV se multiplicando dentro da célula.....	22
Figura 04: Mandala de Prevenção Combinada do HIV.....	24
Figura 05: Resultado do Teste Rápido.....	26
Figura 06: Momentos para oferecer teste rápido para as Gestantes.....	27
Figura 07: Recomendações para início da TARV em PVHA.....	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Significado - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.....	21
Quadro 02: Exames Pré-Natal durante a Gravidez.....	34
Quadro 03: Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) Centro-Oeste.....	46
Quadro 04: Painel de Gestantes com Carga Viral Detectável por Idade Gestacional.....	48
Quadro 05: Painel de Gestantes com Carga Viral Detectável por Faixa Etária.....	49
Quadro 06: Painel de Gestantes com Carga Viral Detectável por Escolaridade.....	49
Quadro 07: Painel de Gestantes com Carga Viral Detectável por Raça/Cor.....	50

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABC/3TC	Abacavir com Lamivudina
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
AZT/3TC	Zidovudina com Lamivudina
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDL/3TC	Didanosina com Lamivudina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmitida
MS	Ministério da Saúde do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Profilaxia Pós Exposição
PrEP	Profilaxia Pré Exposição
RNA	Ácido Ribonucleico
RN	Recém-Nascido
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretrovirais
TDF/3TC	Tenofovir com Lamivudina
TV	Transmissão Vertical
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia Obstétrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2814
1.1. Problematização	15
1.2. Justificativa	16
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo Geral	17
1.3.2. Objetivo Específico	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1. Características da Dinâmica Epidemiológica do HIV	18
2.2. Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).....	20
2.2.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).....	21
2.3. Ciclo Reprodutivo do Vírus HIV	21
2.4. Formas de Transmissão	23
2.5. Estratégias para evitar a transmissão	24
2.6. Diagnóstico.....	25
2.7. Tratamento	29
2.8 Pré-natal de gestante soropositiva	32
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
3.1. Tipo de Pesquisa.....	41
3.2. População, Amostra e Período da Coleta de Dados	41
3.3. Análise dos Dados.....	41
3.4. Aspectos Éticos	42
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXOS	
Anexo I.....	59

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), apresenta um dos maiores problemas de saúde mundial. No entanto, o agente causador dessa doença é o vírus da imunodeficiência humana (HIV), reconhecido como um retrovírus que ataca células essenciais do sistema imunológico e que são responsáveis por proteger o organismo de doenças (Leucócitos/Glóbulos Brancos), deixando o indivíduo indefeso, portanto, quanto menores os níveis dessas células, maior é o risco de os indivíduos desenvolverem AIDS, entretanto, ser positivo para o HIV não quer dizer que possa ter AIDS (BRASIL, 2017).

Quando do surgimento da AIDS, pensava-se, de forma errônea, que a contaminação se dava apenas em determinados meios sociais, tais como: prostitutas, dependentes químicos e hemofílicos, que eram caracterizados como um grupo de risco. No entanto, a contaminação atingiu mulheres que variaram entre 20 a 35 anos, passando a ser preocupante, tendo em conta a idade fértil, ocasionando um aumento da transmissão vertical (LIMA et al., 2017).

Bem no início década de 80 foi detectado o primeiro caso de AIDS, a doença se espalhou globalmente e se torna uma pandemia. Segundo dados coletados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, entre os infectados, cerca de 1,6 milhões de pessoas morriam de AIDS a cada ano passado, e com isso, haviam com HIV/AIDS uma porcentagem superior a 35 milhões de pessoas vivendo dessa forma (Brasil, 2012).

Com o passar dos anos, o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV sofreu algumas modificações. No decorrer desse tempo, com aumento da contaminação através das relações sexuais entre os heterossexuais, houve também o aumento no número entre mulheres, com destaque para aquelas em idade fértil (BRASIL, 2019; SILVA et al., 2013).

Com o aumento da contaminação em mulheres também no período gestacional, surgiram os medos e receios, devido a sociedade ainda não conhecer direito a doença, o trauma da possível fatalidade e ter um preconceito da contaminação, em decorrência desses motivos surgiram a discriminação e a rejeição, chegando a despertar na gestante, por exemplo, o sentimento de vergonha em estar indo a uma unidade de saúde próxima, com o objetivo de fazer o teste da AIDS.

Mediante este fato, é importantíssimo que as equipes de saúde desenvolvam estratégias que possam sensibilizar a população a respeito da necessidade de realizar os testes e a

assistência da gestante, bem como realizar um acompanhamento psicossocial (SILVA; SILVA, 2018), no enfrentamento da doença.

1.1. Problematização

Embora não possua cura até a atualidade, o HIV é uma enfermidade controlável, com atuações de prevenção primária, a efetivação de um diagnóstico de forma precoce e a concretização de um tratamento apropriado pode ser um divisor de águas na qualidade de vida dessa paciente. Existe um aumento considerável no número de mulheres gestantes contaminadas pelo vírus HIV, fazendo com que haja necessidade de o profissional de saúde atuar no período do pré-natal de uma gestante soropositiva, por meio de uma visão criteriosa com relação as características da gestante, e para isso, é preciso ter conhecimento do seu perfil epidemiológico (ANDRIES, 2010).

Desta forma, a grávida soropositiva estando em uma fase de profundas transformações, tende a procurar ajuda em uma unidade básica de atendimento para fins de acolhimento, visando ser tratada como igual em relação as outras gestantes. Contudo, se houver uma falta de qualidade no atendimento, a mesma desiste de ser assistida, pois, já vem com seus traumas e receios. Com isso, pode ocorrer uma baixa procura pelo acompanhamento, um resultado das imperfeições na consultoria e até mesmo em relação a rotatividade dos profissionais, que não garantem confiança (DARMONT, 2010).

Portanto, considera-se relevante o estudo pelo grande número de mulheres grávidas infectadas com HIV, pois muitas não foram, e não são orientadas e acompanhadas por profissionais de saúde. Dessa forma, fica clara a necessidade deste estudo, ao explorar mais profundamente a importância do pré-natal embasado no perfil epidemiológico de cada gestante, pois a conscientização e a colaboração para ordenar estratégias preventivas para reduzir a transmissão tornam-se possíveis quando o vírus é diagnosticado precocemente, fazendo com que a mortalidade materna diminua.

Com isso, o presente estudo faz o seguinte questionamento: Quais são as características epidemiológicas das gestantes soropositivas na região Centro-Oeste nos anos de 2011 a 2021?

1.2. Justificativa

Dados epidemiológicos apontam que, entre o período de 2000 a 2019, aproximadamente 125 mil casos de gestantes confirmadas positivas para a contaminação pelo vírus HIV foram notificados no território brasileiro, sendo que, este número de ocorrências concentravam-se entre as mulheres com faixa etária entre 20 a 35 anos de idade, sendo elas brancas, com ensino médio incompleto, donas de casa, tiveram o diagnóstico antes da gestação, fazem pré-natal e uso de tratamento antirretroviral (SILVA, VASCONCELOS, ALVES, 2021).

Observou-se que a necessidade de uma formação e aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, promovendo a humanização na assistência às gestantes soropositivas, bem como reflexões a respeito das reuniões do pré-natal, realizadas por uma equipe qualificada e de forma coerente com as necessidades e expectativas da clientela.

Visto que, a prevenção é o processo em que o profissional exerce seu papel valorizando a vida, não se baseando apenas em um agente informador, mas assumindo o papel de agente que transforma. Para tanto, é preciso utilizar uma abordagem que evidencie a realidade das condições em que as gestantes soropositivas vivem, embasada no seu perfil epidemiológico, mas, contudo, que seja pautado na ética profissional. (LAMBERT; NOGUEIRA. 2010).

Na consulta inicial, realizada com uma gestante HIV positiva, é imprescindível que a equipe multidisciplinar utilize de uma linguagem de fácil entendimento, já que será necessário realizar orientações gerais sobre a transmissão pelo HIV, é indispensável que o profissional deixe claro a seriedade do acompanhamento durante o pré-natal e a importância dessa gestante seguir corretamente as orientações (SILVA, et al., 2021).

Para tanto, deve-se utilizar uma abordagem exclusiva e humanizada, que encontre ressonância nas reais condições da vivência de cada mulher que está passando pelo processo gestacional e são soropositivas, a partir do momento que se tem uma assistência de qualidade com uma pesquisa inicial do perfil social, facilita a assistência, onde se pode evitar possíveis complicações futuras.

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral

- Apresentar uma descrição epidemiológica nacional das gestantes soropositivas: evidenciando as características da região centro-oeste nos anos de (2011 - 2021).

1.3.2. Objetivo Específico

- Abordar sobre HIV/AIDS;
- Descrever a importância de iniciar o pré-natal da gestante soropositiva;
- Caracterizar as gestantes diagnosticadas soropositivas num âmbito nacional segundo variáveis do ano de diagnóstico; ano de notificação; faixa etária; escolaridade; raça/cor; ano de parto.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesse capítulo serão apresentados aspectos relevantes a respeito das gestantes portadoras de HIV/AIDS, ciclo reprodutivo do HIV, formas de transmissão, estratégia para evitar a transmissão, diagnóstico e tratamento, para além, as características epidemiológicas dessas gestantes no âmbito nacional, evidenciando particularidades da região centro-oeste.

2.1. Características da Dinâmica Epidemiológica do HIV

No Brasil, casos de infecção de HIV e a AIDS fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, estando a AIDS como notificação compulsória desde 1986 e o HIV desde 2014. Com relação ao HIV em gestantes, no período que decorre entre 2000 a 2019 foram notificados cerca de 125 mil casos no Brasil. Segundo pesquisas, foi possível observar que a maior prevalência de casos se encontra na região Sudeste com 38,1% das gestantes, seguido pela região Sul 30,0%, Nordeste 17,7%, Norte 8,3% e o Centro-oeste 5,8% (BRASIL, 2019).

Tentando destacar as principais particularidades da dinâmica epidemiológica, existem várias tipologias propostas pela AIDS pelo mundo, as mais recentes, que melhor refletem o momento atual da epidemia, são três: Epidemia Emergente – são correspondentes aos países em que a prevalência do HIV é inferior a 5% em geral, comparado a sociedade com alto risco de exposição ao vírus; Epidemia Concentrada – refere-se a países onde a incidência de infecção pelo HIV é maior que 5%, mas a incidência em mulheres grávidas nas clínicas de pré-natais é inferior 5%; Epidemia Generalizada – tem prevalência em países onde a transmissão pelo HIV não está mais restrita a subpopulação de comportamentos de risco, apresentando altas taxas de infecção e sua prevalência em gestantes atendidas em clínicas de pré-natal foi igual ou superior a 5% (VILLELA, 2018).

A epidemia no Brasil seria na forma concentrada, junto a diversos países da América do Sul, estão o Sudão, Tailândia e Etiópia. Por outro lado, há uma epidemia generalizada nos países da África e Haiti, enquanto a epidemia emergente foi vista em países como Argélia, Chile, Costa Rica, Suriname, Federação Russa e Polônia (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

2.1.1 Situação Epidemiológica

Em relação à notificação compulsória das gestantes HIV positivo, estas apresentam ainda muitas falhas, e com isso ocorre mudança na real situação epidemiológica, o que dificulta as produções científicas e o conhecimento da realidade de gestantes HIV positivo. As variáveis para caracterizar o perfil epidemiológico dessas mulheres apresentam-se insatisfatórias. Os autores mencionam que isso traz sérias consequências para o planejamento de ações que intencionam reduzir a transmissão vertical do vírus (MEIRELLES; LOPES; LIMA, 2016; SILVA et al., 2016).

Constatou-se que ainda existe um número baixo de consultas e com início tardio, ocorrendo assim uma capacitação tardia dessas gestantes para que possam aderir-las às medidas profiláticas. Existe uma dificuldade em captar essas gestantes soropositivo no momento oportuno do pré-natal para iniciar ao tratamento. Esse dado corrobora com outro estudo, onde a autora afirma que algumas ações como educativas, uso de tecnologias e folhetos, por meio de relações pessoais, um atendimento holístico viabiliza a diminuição dos entraves existentes para a adesão às intervenções necessárias para prevenção da transmissão vertical (BARBOSA; MARQUES; GUIMARÃES, 2018; LIMA et al., 2017).

Com base na análise feita dos autores descritos acima, entende-se que são necessárias ações para trazer as gestantes HIV positiva até os profissionais de saúde de forma precoce, para que os agentes da enfermagem possam iniciar medidas necessárias a fim de evitar a transmissão vertical. Para trazer essas gestantes e necessário utilizar estratégias educativas por meio de informações acerca da doença e suas complicações, informando que que é possível evitá-las. Faz-se necessário registrar todos os casos para melhor planejamento e ações preventivas (BARBOSA; MARQUES; GUIMARÃES, 2018; LIMA et al., 2017).

Existe ainda, um entrave na prevenção da transmissão vertical que é a falta de capacitação do enfermeiro em orientar essa gestante soropositivo devido uma baixa vivência do mesmo com a questão. Essa pouca experiência se deve ao baixo registro de gestantes HIV positivo nas unidades. Em seu estudo apenas 85,71% dos profissionais enfermeiros se sentiam capacitados para prestar atendimento a essas mulheres (GOULART et al., 2018).

Segundo um estudo realizado por Rocha *et al.* (2018) a falta de apropriação em relação a política de implantação do teste rápido para HIV na Rede Cegonha, seria um forte fator que interfere na prevenção da transmissão vertical do HIV (SANTOS et al., 2017).

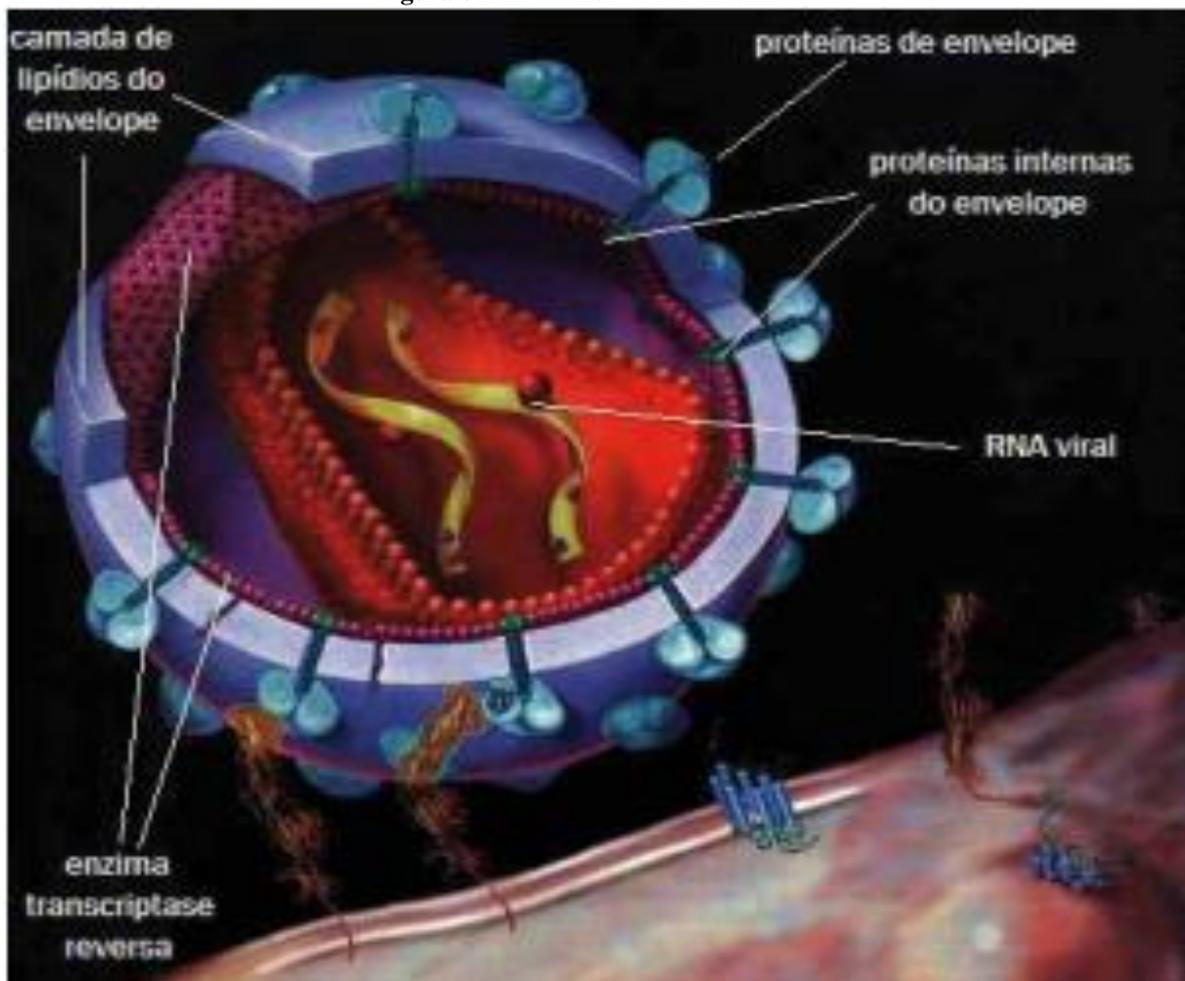
Diante disso, pode-se perceber a necessidade do conhecimento que o enfermeiro precisa ter ao receber essa gestante HIV positivo para iniciar uma consulta de pré-natal, conhecer as necessidades de cada uma em seu individual e conseguir passar todas as orientações

necessárias, além de oferecer a realização dos testes em tempo hábil para que ocorra um tratamento de forma eficaz.

2.2. Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

O HIV é um retrovírus (Figura 01) com genoma RNA pertencente à subfamília *Lentiviridae*, que invade as células imunológicas, no qual são responsáveis por proteger o organismo contra doenças. Dentre as células mais prejudicadas, observa-se a T CD4+, além do mais, os macrófagos e também as células dendríticas. Dessa forma, ocorre a alteração do DNA em que o vírus cria cópias do mesmo sistema, proporcionando multiplicações até ocorrer a perfuração de sua membrana no intuito de procurar outros linfócitos para continuar a transmissão (RIBEIRO et al., 2017).

Figura 01: HIV – Estrutura Anatômica



Fonte: (BRASIL, 2012).

2.2.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (Quadro 01), é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o qual invade o sistema imunológico, em que são responsáveis por fazer a defesa do organismo contra as patologias, as células mais expostas são os linfócitos T CD4+ e devido baixa a imunidade, faz com que apareçam novas doenças oportunistas, as quais são chamadas como fraqueza do organismo.

Com isso, surge o estágio mais preocupante da patologia, a AIDS, e quem alcança esse estágio por ter infecções necessárias ou apresentarem um tratamento inadequado, são mais susceptíveis a desenvolver doenças como a tuberculose, hepatites virais, toxoplasmose, pneumonia, como também alguns casos de câncer. (SIMÕES, 2018).

Quadro 01: Significado de Síndrome da Imunodeficiência adquirida

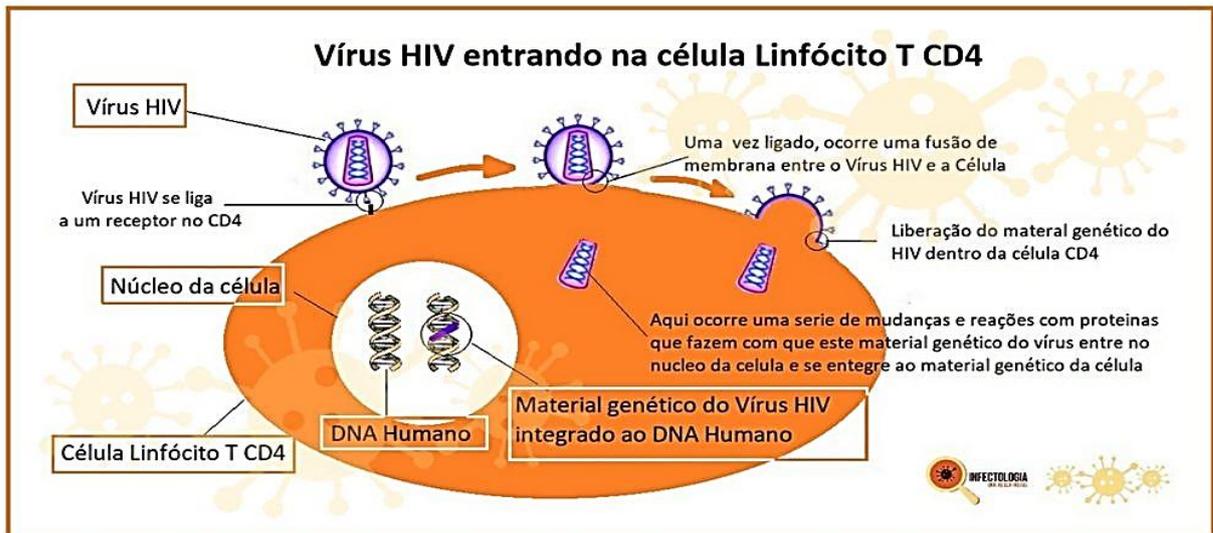
Síndrome	Da Imunodeficiência	Adquirida
Síndrome é um grupo de manifestações clínicas que são considerados com um conjunto, no qual caracterizam essa tal doença.	Imunodeficiência é uma doença, na qual a resposta imune está diminuída e/ou ausente. Contudo, é caracterizada pela incapacidade de reproduzir uma resposta efetiva ao desafio de antígenos, como vírus, bactérias, protozoários, fungos, entre outros.	Adquirida significa que não é congênita, ou seja, o indivíduo não nasceu com a imunodeficiência.

Fonte: Adaptado - TELELAB (2014).

2.3. Ciclo Reprodutivo do Vírus HIV

O vírus HIV, que é causador da AIDS, ao infectar uma pessoa, ativa o sistema imunológico que entende estrar sob um ataque (Figura 02). Dessa forma, o primeiro momento é considerado como infecção aguda, na qual o vírus incuba, no entanto, esse período pode variar, de três até seis semanas, contudo, o corpo leva aproximadamente de 30 a 60 dias depois da infecção para compor os anticorpos anti-HIV, sendo assim as primeiras manifestações clínicas são muito semelhantes aos sintomas de um resfriado, sendo caracterizado como febre e mal-estar, o que faz com que faz diversos dos casos passam desprevenidos (BRASIL, 2016).

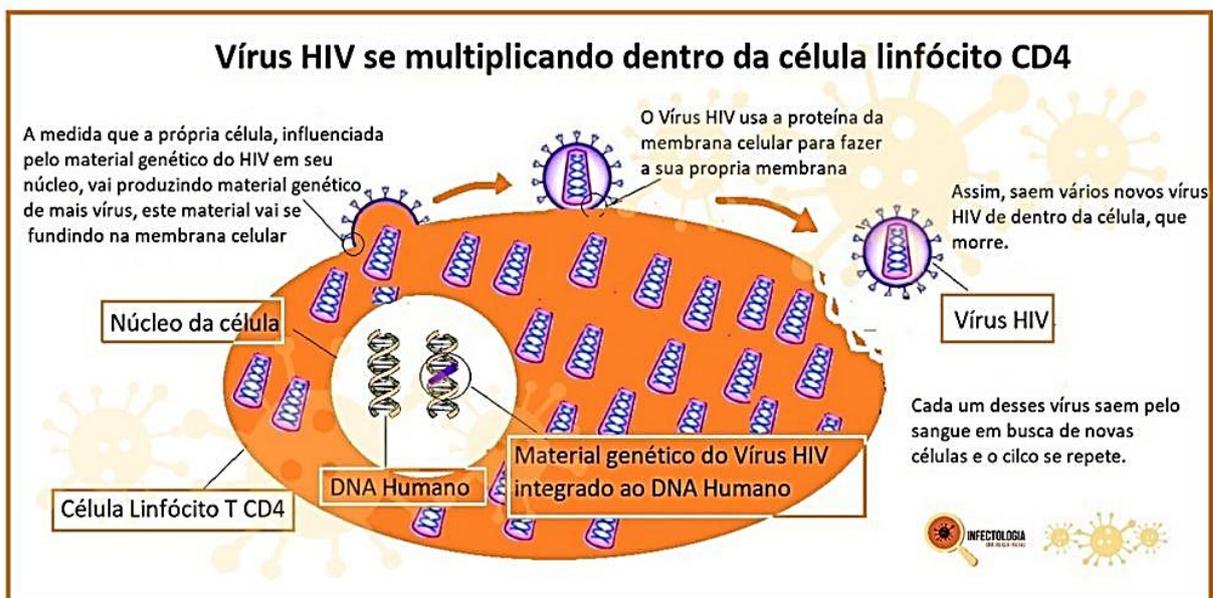
Figura 02: Ciclo Reprodutivo – HIV entrando na célula



Fonte: (FREITAS, 2017)

A próxima fase (Figura 03), é caracterizada por forte influência entre células de defesa e mutação rápida e contínua do vírus. Mas isso não é suficiente para enfraquecer o corpo e permitir que novas doenças surjam, pois o vírus amadurece e morre de forma sustentável. Esse momento, que pode elevar durante anos, é caracterizado como período assintomático (GUIMARÃES, 2017).

Figura 03: Ciclo Reprodutivo – HIV se multiplicando dentro da célula



Fonte: (FREITAS, 2017)

Com insistentes agressões, as células que protegem o organismo iniciam uma baixa em seu funcionamento e competências até serem eliminadas. O corpo fica mais fraco e mais suscetível a infecções comuns. Em pessoas saudáveis, o valor fica aproximadamente entre 800

e 1.200 unidades, e dessa forma as sintomatologias mais comuns neste momento são: hipertermia, disenteria, sudorese no período da noite e baixo peso (MOIOLI, 2018).

2.4. Formas de Transmissão

A transmissão pelo vírus HIV tem sua maior prevalência através do sexo vaginal ou anal, visto que o preservativo pode não estar sendo usado ou usado inadequadamente. Além disso, a irradiação pode ser pelo sexo oral, embora seja menor o índice se comparado ao sexo anal ou vaginal. Contudo, esse risco de contágio eleva quando o sêmen ou fluxo vaginal apresenta percentual elevado na quantidade do vírus HIV e/ou quando lacerações ou mesmo pequenas feridas aparecem na derme e até nas membranas que fazem os revestimentos genitais, boca ou reto (BIANCHINI, 2018).

Atentando-se que existe a possibilidade de transmissão por parte dos profissionais de saúde que se perfuram acidentalmente com uma agulha infectada pelo HIV, existe uma chance de aproximadamente 1 em 300 de contrair o HIV, sendo que, fluidos infectados que respingam nos olhos ou na boca têm menos de 1 em 1.000 das chances de causar uma infecção, sabendo-se que as chances são maiores de uma transmissão se a agulha estiver profundamente inserida ou vazia e conter sangue infectado pelo HIV (como a agulha usada para tirar sangue ou injetar drogas ilegais) e não apenas sangue (como materiais usados para suturar uma ferida). A menos que sejam realizados os tratamentos o mais breve possível, com uso adequado das profilaxias pós-exposição, este tratamento faz com que reduz o nível de infecção inferior a 1 em 1.500 (LUCENA, 2011).

A transmissão pelo vírus do HIV pode, também, ocorrer de uma mãe contaminada para uma criança das seguintes maneiras: Para a criança através da placenta; para um bebê através do parto; como também, para a criança após o nascimento no momento em que é ofertado leite materno. Dessa forma, a mãe precisa ser assistida e acolhida de maneira que sinta o desejo de gerar a nova vida de forma segura, procurando assistência no pré-natal, para que não venha ocorrer a transmissão. (MOURA; PRAÇA, 2006).

Já a transmissão por vias de transplante e transfusão de sangue diminuíram, visto que, desde 1980, ano em que foi descoberto o vírus, só a partir de 1985 na maioria dos países bem desenvolvidos, todo o sangue doado para transfusão passou a ser testado para HIV, sendo possível a alguns produtos sanguíneos serem tratados termicamente no intuito de eliminar o nível de infecção pelo HIV. O risco para infecção em uma única transfusão com sangue, que passou por um minucioso rastreamento para HIV e demais vírus, que possam ser transmitidos pelo sangue, é estimado menos de 1 em aproximadamente 2 milhões. No entanto, em muitos

países, são evidenciados que os testes para detecção do HIV são menos rigorosos, desta forma, nesses locais o risco continua considerável (CACHAY, 2021).

Existe também possibilidade de infecção pelo vírus HIV por inseminação artificial, se no momento de manuseio do material coletado pelo doador (sêmen), o mesmo não passar por tratamento, onde o esperma é submetido ao congelamento, passa por um tempo estimado de seis meses ou mais, sendo testados novamente, para que assim não tenha risco de estar infectado pelo vírus, antes de ser injetado o espermatozoide no óvulo. Desta forma o ocorre posteriormente a passagem do embrião para a mãe e, ao nascer o bebê recebe um tratamento endovenoso para que não contrair o vírus da mãe (SAMPAIO, 2018).

2.5. Estratégias para evitar a transmissão

Diante da atualidade, não há indícios de nenhuma vacina que tenha eficácia contra o HIV, no intuito de impedir que as pessoas sejam contaminadas pelo vírus ou diminuir a progressão da AIDS em cidadãos que já estejam infectados. Por esse motivo torna-se necessário: evitar partilhar seringas; não praticar sexo desprotegido (sem o uso de preservativos feminino e/ou masculino; para homens, existe a possibilidade de circuncisão; sempre usar luvas de borracha, se possível de látex, antes de entrar em contato com fluídos de pessoas contaminadas (BRASIL, 2020).

O símbolo da Mandala (Figura 4) representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção, tendo os marcos legais e as intervenções estruturais como base dessas conjugações (BRASIL, 2017).

Figura 4 – Mandala de Prevenção Combinada do HIV



Fonte: (BRASIL, 2015)

Segundo Brasil (2020) a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) consiste na utilização de antirretrovirais por pessoas que não estão infectadas pelo vírus do HIV, mas que se deparam altamente vulneráveis por manterem relações sexuais desprotegidas, que insinuam um risco maior de infecção. Nesse caso, dependendo das necessidades e da situação de cada pessoa, a PrEP pode dar importantes benefícios em comparação com diferentes métodos de estratégias preventivas.

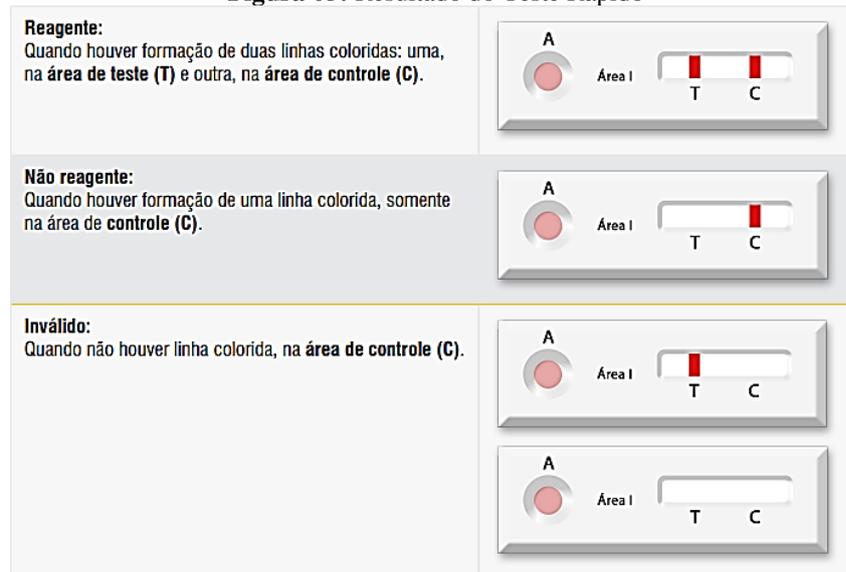
A PrEP também pode ser utilizadas por pessoas que não se adaptaram aos métodos preventivos clássicos, ou seja, aquelas não conseguem ou não desejam utilizar em todas as relações sexuais, no caso do preservativo. Também por pessoas que não têm completa autonomia para nomear o uso regular do preservativo, quanto as que têm relações em casos de violência e trabalhadores do sexo, que relatam ocorrer o rompimento do preservativo ou a remoção dele pelo (a) cliente. Não se podem rejeitar até benfeitorias para pessoas que escolhem acrescentar o grau de proteção nas relações com maior oportunidade de infecção, nesses casos englobam as pessoas que possuem parcerias com risco maior de infecção pelo HIV, ou, ainda, aquelas que têm parceiros sorodiscordantes com carga viral desconhecida (BRASIL, 2019).

2.6. Diagnóstico

No Brasil, estima-se que aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes são portadoras do Vírus Imunodeficiência Humana (HIV) por ano, logo, acredita-se que um número quase equivalente de crianças esteja exposto a esse vírus também. Sendo que, cerca de 65% da transmissão vertical do HIV, ocorra durante o trabalho de parto e o restante durante a gestação e havendo risco ainda no pós-parto, no aleitamento materno (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos houve um aumento na detecção de gestantes com HIV no Brasil, este aumento se deve com ampliação do diagnóstico no pré-natal. Em um período de dez anos houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2007, a taxa observada foi de 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2017, passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esses avanços se devem ao grande incremento de testes rápidos, distribuídos pela Rede Cegonha, que foi implementado no SUS em 2012 (BRASIL, 2018).

Desta forma, através dos Testes Rápidos (TR) (figura 5), sendo testes bem simples que podem ser efetivados de 20 a 30 minutos, as testagens devem ser feitas presenciais, podendo ser realizados com fluido oral, soro, plasma ou no caso do sangue, obtido pela punção digital.

Figura 05: Resultado do Teste Rápido

Fonte: (BRASIL, 2016).

Os testes rápidos são simples de serem utilizados e podem ser manuseados fora de um ambiente laboratorial, feitos normalmente nas unidades básicas de saúde (UBS), por um profissional capacitado com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV (BRASIL, 2013).

Segundo Brasil (2010), quando o paciente realiza o teste rápido e o resultado é negativo, pode significar duas situações: o indivíduo que realizou o teste não está infectado ou foi infectada tão precocemente que o seu organismo não produziu anticorpos em uma quantidade suficiente para que pudesse ser detectado pelo teste utilizado, chamada de janela imunológica. Nesse caso, deve-se orientar o paciente sobre a necessidade de repetir o teste após alguns meses e reforçar que evite exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras IST's.

Para Brasil (2018), o enfermeiro deve seguir alguns passos diante de um resultado positivo para HIV, devendo ele garantir à pessoa o tempo necessário para que ela entenda o conflito da notícia do diagnóstico e expresse suas dúvidas e seus sentimentos (raiva, ansiedade, negação, medo, depressão e outros). Lembrar sempre que o resultado positivo não significa morte, orientando sempre que a infecção pode ser controlada e que o HIV tem tratamento.

Posteriormente ao teste da paciente ser confirmado como positivo, o profissional Enfermeiro deve notificar esta para o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), através do preenchimento da Ficha de Investigação GESTANTE HIV Positivo (Anexo I). Esta por sua vez, irá conter todas as informações da paciente, bem como o andamento do seu pré-natal, parto e tratamento com a terapia antirretroviral. (BRASIL 2021)

Sendo assim deve-se nortear o paciente sobre a importância de um acompanhamento médico e psicossocial para ajudar no controle da infecção, por meio de um serviço

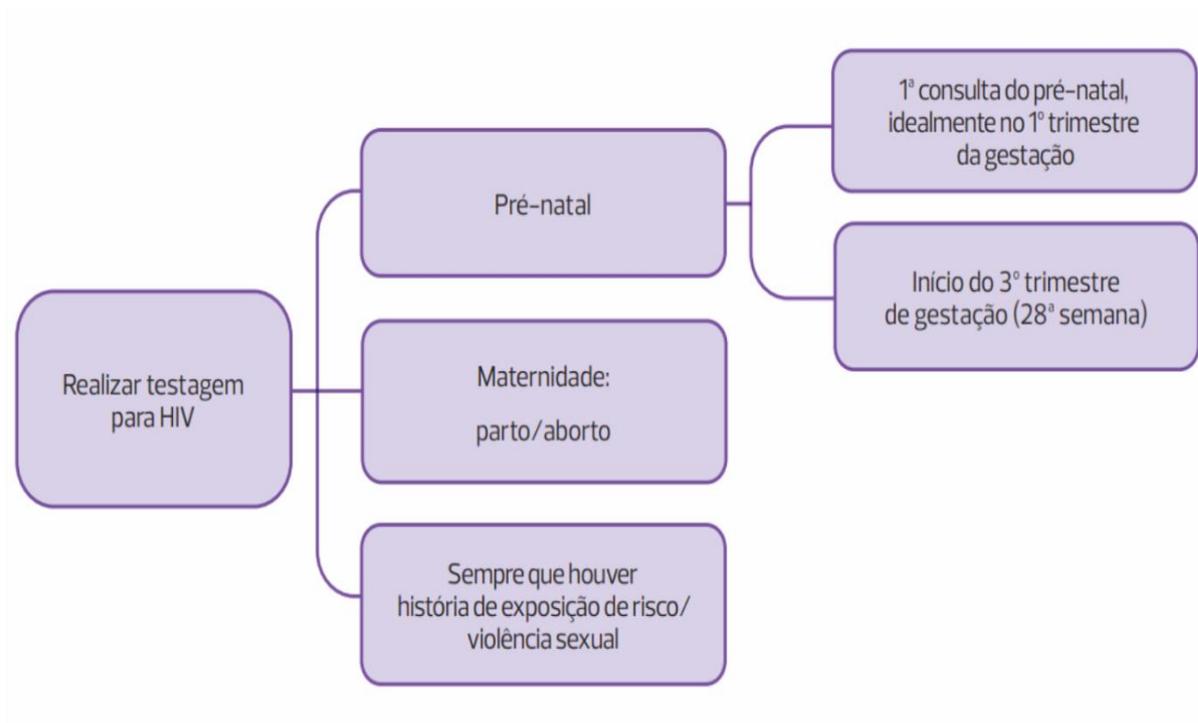
especializado, com atendimento multidisciplinar, com auxílio de grupos comunitários de apoio. Orientar também sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais, e no episódio de usuários de drogas injetáveis, reforçar sobre a importância de não compartilhar agulhas e seringas com outras pessoas, abordar também sobre a necessidade de redução dos riscos de reinfecção e a transmissão desse vírus para outras pessoas (BRASIL, 2020).

É preciso enfatizar a necessidade de a mãe ser informada de cada etapa do cuidado, para que ela seja um agente ativo dentro do processo de cuidar. Todas essas ações compõem medidas preventivas para a redução da transmissão vertical do HIV, são amplamente difundidas pelo Ministério da Saúde. O diagnóstico precoce, associado ao adequado acompanhamento clínico leva a uma redução significativa da transmissão vertical do HIV (LIMA et al., 2017; SILVA et al., 2016).

Em todo pré-natal a gestante deve receber testagem para o HIV juntamente com o aconselhamento pré e pós-teste, ampliando as chances de a paciente ter um bebê totalmente saudável, além de possibilitar um diagnóstico precoce e um tratamento adequado tanto para a gestante HIV positivo quanto para seu bebê. (BRASIL, 20017).

Quanto ao momento ideal para realização da testagem, o teste rápido para HIV deve ser executado segundo as recomendações definidas no Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>. (Figura 06)

Figura 06: Momentos para oferecer teste rápido para as Gestantes



É de extrema importância que todas as gestantes façam testes para detectar o HIV, que pode ocorrer no 1º e 3º trimestre durante o pré-natal, sendo que na primeira consulta ela realiza o teste rápido, mais o teste confirmatório de sangue, podendo também ser realizado na hora do parto, para as gestantes que não passaram por acompanhamento adequado. Visto que quando o vírus é diagnosticado precocemente, torna-se possível a conscientização e a colaboração nas estratégias de prevenção que certificam a redução da transmissão vertical da mãe para filho e a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna (SOUZA et al., 2016).

A gestante deve ser orientada sobre a importância do teste no pré-natal ainda no primeiro trimestre, ou seja, na primeira consulta. Podendo também ser feito em qualquer outro momento em que haja exposição de risco. Os testes rápidos para HIV são os métodos de escolhas, pois possibilitam o início adequado do tratamento (BRASIL, 2019).

Os testes para detectar os anticorpos anti-HIV podem ser classificados através de duas formas, sendo eles: ensaios de triagem - nos quais são desenvolvidos no intuito de descobrir todas as pessoas infectadas, como também os ensaios confirmatórios - que são aqueles desenvolvidos para distinguir aquelas pessoas que não apresentam infecção, mas têm os resultados similares nos ensaios de triagem (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde preconiza que a equipe de saúde, ao informar o diagnóstico soropositivo para a gestante, disponibilizem todos os apoios emocionais oferecidos pelo sistema de atendimento, como também as orientações, no qual auxiliam a amenizar a ansiedade e esclarecer as dúvidas existentes. Dentre as orientações, se destaca como importante: adesão imediata a medicação antirretroviral e assiduidade nos retornos de pré-natal, evitando desta forma a TV. É necessário esclarecer a diferença entre HIV juntamente com as manifestações da AIDS, a possibilidade do tratamento e sua oferta pelo SUS, visto que o aconselhamento é a forma mais adequada e importante, devendo ser realizada antes e posteriormente a concretização do teste (BRASIL, 2006).

Todo paciente que recebe a confirmação de que seu diagnóstico é positivo para HIV/AIDS necessita ter no mínimo respeito, e ser tratado com dignidade por toda equipe de saúde, o enfermeiro juntamente com os profissionais deve estar disposto para lidar com todas as questões e situações para poder avaliar este cliente e então construir suas intervenções de enfermagem, considerando todas as necessidades humanas básicas deste indivíduo, sendo elas biológicas, fisiológicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais (BRASIL, 2021).

Os diagnósticos de enfermagem sempre aprimorarão os cuidados que serão ofertados na atenção primária, sendo ela assistência primordial a esses pacientes que já tem o registro da síndrome em seu organismo, sendo de extraordinária importância que o profissional tenha o

conhecimento a respeito dos cuidados que prevalecem em pacientes que convivem com a doença (ARAÚJO et al., 2017).

Para realizar o diagnóstico do HIV nas crianças recém-nascidas cujas mães apresentaram carga positiva, normalmente utilizam-se os testes para quantificar o nível da carga viral do HIV-1, no qual podem-se ocasionar resultados falsos positivos no momento da realização dos testes em busca dos anticorpos ali presentes (BRASIL, 2008).

No entanto, quando mencionado sobre as dificuldades que os profissionais de saúde encontram no dia a dia, consegue-se observar que a não aceitação do diagnóstico tem sido considerado um atraso na concordância da paciente ao tratamento adequado, com isso, é de suma importância que esses profissionais busquem realizar orientações no intuito de promover o entendimento e capacitar essas pacientes a resolver seus problemas de saúde juntamente com a equipe (KLEINÜBING; PEREIRA; BUBLITZ, 2011).

Percebe-se, portanto que o diagnóstico precoce quando realizado ainda no planejamento familiar proporciona o sucesso na prevenção da transmissão vertical tem uma alta probabilidade de acontecer, e que o atendimento integral com fornecimento de todas as informações acerca de sua condição, em cada período de sua gestação proporciona à essa gestante a capacidade do autocuidado e a importância do aconselhamento que se estende ao pós-teste que vem para fornecer orientações necessárias para que aconteça um atendimento de forma integral a essa gestante (LIMA et al., 2017; SILVA et al., 2016).

2.7. Tratamento

No ano de 1996, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar para todas as gestantes soropositivas a AZT (zidovudina), baseado no Protocolo PACTG 076 do Aids Clinical Trial Group elaborado em 1994, onde foi realizado estudos e comprovado que o uso da AZT via oral a partir da 14 semana de gestação, e por via injetável durante o momento do parto, sendo administrada ao RN nos primeiros 42 dias de vida, diminui consideravelmente a possibilidade de TV do vírus ao bebê. Apesar do SUS disponibilizar os insumos necessários para se interromper a TV, dados do MS – DST/AIDS revelam que nem todas as gestantes soropositivas no Brasil tem acesso à terapia antirretroviral, considerando vários fatores, como equipe multidisciplinar ineficiente, municípios que acabam por não receber insumos devidamente (FARIA; PICINNI, 2010).

Ainda hoje, é grande o número de mulheres que chegam as maternidades em trabalho de parto sem se quer tenham recebido o tratamento adequado no período da gestação, o que é acarretado pela falta que ainda existe de métodos de testagem nas unidades básicas de saúde,

principalmente em cidades do interior, pela falta de conhecimento da equipe sobre a terapia, ou até mesmo pela baixa qualidade da assistência prestada durante o pré-natal (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

Faz-se necessário estabelecer um vínculo entre o profissional enfermeiro e a gestante, desenvolvendo empatia, desta forma é possível conhecer e analisar os obstáculos que poderão surgir durante o tratamento. Fazer com que sejam feitas todas as orientações durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Este vínculo permite facilitar em vários aspectos no tratamento dessa gestante como a adesão aos medicamentos se não houve abandono do uso em casa e se ela está assídua no pré-natal de atenção especializada (GUELHER; ALVES; ALMEIDA, 2019).

A gestante soropositiva precisa ter conhecimento a respeito da sobrevida que o tratamento antirretroviral lhe dará, e isso quem fará será o profissional de enfermagem, passando também a importância de se testar o parceiro sexual para início do tratamento, se o mesmo também estiver infectado. Deve-se direcionar a gestante para que realize a coleta de exames para os diagnósticos diversos, e coleta de material citopatológico (Preventivo) (BARROSO; GALVÃO, 2007).

Também se faz necessário que o profissional de enfermagem esteja atento sobre o fato de essa gestante fazer uso de medicamentos de qualquer espécie, e se a mesma necessita de acompanhamento psicológico ou do serviço social, ainda, deve investigar os antecedentes obstétricos se houver, e a existência de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs, pois todas essas informações são extrema importância para o profissional de enfermagem acompanhar essa gestante soropositiva (VAZ; BARROS, 2010).

Outro estudo pode comprovar os demais citados, que ao fornecer informações necessárias, o profissional instrumentaliza a mulher para autonomia no seu cuidado, e acrescenta que se deve investir em atividades que incluam os familiares, onde o sociocultural se sobrepõe o biológico (RAHIM et al., 2017).

Existe, portanto, tratamento para que possa reduzir a taxa da transmissão vertical do HIV, através do uso de medicamentos como a Zidovudina (AZT) e outros antirretrovirais administrados de maneira conjugada. Todas as gestantes portadoras do vírus HIV devem ser submetidas ao tratamento visando a profilaxia da transmissão vertical, tratamento que deverá ser esclarecido para paciente pela equipe de saúde acerca dos seus benefícios e de possíveis efeitos colaterais (SILVA; SILVA; MACHADO, 2012).

Segundo Brasil (2015), após o início do tratamento podem ocorrer alguns efeitos adversos nos pacientes, sendo mais comuns nas primeiras semanas do tratamento com os antirretrovirais, como tonturas, sonolência ou insônia, diarreia, náuseas, astenia (perda ou

diminuição da força física.), dor abdominal, cefaleia, vômitos e dificuldades de concentração. Nesses casos geralmente se orienta as pacientes durante as primeiras semanas de a utilizar o medicamento antes de dormir.

A indicação da terapia antirretroviral (TARV) (Figura 07) tem o intuito de reduzir os níveis de morbimortalidade daqueles que são diagnosticados com HIV/AIDS, melhorando assim a probabilidade na melhoria de vida, porém, não erradica a infecção pelo HIV.

O medicamento de primeira escolha é a associação de tenofovir com lamivudina (TDF/3TC), os quais apresentam um perfil de toxicidade aderente em relação ao medicamento lipoatrofia, o qual apresenta a toxicidade hematológica quando comparada ao esquema AZT, e além do mais, facilita aos usuários, pois permite tomada única do medicamento diariamente (PADOIN et al., 2012).

Figura 07: Recomendações para início do TARV em PVHA

Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)	
Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.	
Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm ³	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm ³	Iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> • neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia • doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham) • coinfeção HIV-HCV • carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento
Gestantes	
Iniciar TARV	

Fonte: (BRASIL, 2013).

Em alguns casos excepcionais em que o esquema TDF + 3TC + EFV esteja contraindicado, deve-se proceder com a primeira escolha a associação da zidovudina com lamivudina (AZT/3TC), no qual contribui para maior comodidade posológica, devendo-se ingerir 1 comprimido 2 vezes ao dia. Em segunda opção utiliza-se a combinação de abacavir com lamivudina (ABC/3TC) no qual se torna uma alternativa para os pacientes com intolerância ou contraindicação aos esquemas com TDF/3TC ou AZT/3TC; e em última opção se utiliza a combinação de didanosina com lamivudina (ddI/3TC) é recomendada na terapia inicial apenas nas situações de intolerância ao AZT, TDF e ABC (BRASIL, p. 32, 2013).

A adesão ao tratamento, quando feito ainda no primeiro trimestre de gestação, pode garantir melhores resultados tanto na prevenção da transmissão vertical do HIV quanto na qualidade de vida dessa gestante. Vários estudos apontam que a utilização adequada dos medicamentos antirretrovirais representa uma potente intervenção na prevenção do HIV (ARAÚJO; MONTE; HABER, 2018).

No entanto, observa-se que pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV, no qual mantêm contagens de LT-CD4+ elevada com níveis acima de 500 células, apresentando uma carga viral indetectável, atingem uma perspectiva de vida similar à da população social. Contudo, evidencia-se que, quando o tratamento é iniciado imediatamente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis altos de LT-CD4+ (CARVALHO, 2019).

Desta forma é imprescindível que o profissional de enfermagem deixe muito claro a importância de essa gestante seguir corretamente as recomendações acerca do tratamento, e especificar o tamanho da importância que existe que essa gestante concorde com o tratamento recomendado e não o interrompa, sob nenhuma hipótese, para que assim se possa assegurar o máximo possível que não haverá a TV do vírus para o seu bebê, essas informações são repassadas em consultas na unidade de saúde (VAZ; BARROS, 2010).

2.8 Pré-natal de gestante soropositiva

Através do acompanhamento do pré-natal é possível, o reconhecimento de patologias desenvolvidas durante a gravidez, como também daquelas que já estavam presentes no organismo da mulher, porém, como um quadro evolutivo silencioso, são exemplos, hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração anemias, sífilis dentre outras. Assim o diagnóstico precoce permite a implementação de um tratamento eficaz, no intuito de evitar um maior prejuízo ao conceito e a mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida (NEUMANN et al., 2013).

A equipe de enfermagem tem esse papel fundamental, o de acolher a gestante durante o pré-natal, um momento oportuno para oferecer o teste anti-HIV, durante o qual é feita uma abordagem correta para atender as necessidades específicas, atuar na assistência integral e compreender as vulnerabilidades para que não ocorra o abandono desse pré-natal (ARAÚJO; SIGNES; ZAMPIER, 2012).

Um estudo feito por Araújo; Monte; Haber (2018), evidenciou que 95,12% das gestantes em pré-natal realizaram o rastreio para HIV no primeiro trimestre da gravidez. Isso demonstra a eficácia das consultas como ação que promove a detecção precoce do vírus, evitando assim a transmissão vertical. Em contraponto a isso, muitas gestantes só têm conhecimento que estão

infectadas pelo vírus HIV no momento do parto ou até mesmo no puerpério (SANTOS et al., 2017).

Contudo o pré-natal é o período de preparo físico e psicológico para as gestantes, tendo em vista que a maternidade compõe um dos momentos mais sublimes na existência de uma mulher, adquirindo aprendizado, dando oportunidade a equipe de saúde de desenvolver ações educativas durante a gestação. Devendo no pré-natal, a gestante ser orientada sobre sua condição de saúde, assim essa mãe poderá passar a gestação, o parto e a maternidade de forma adequada sem risco eminente (RIOS; VIEIRA, 2007).

Entretanto, existe ainda uma dificuldade dessas gestantes aderirem ao pré-natal, fazendo com que não tenham acesso as medidas preventivas de transmissão vertical do HIV de acordo com o que preconiza o MS. A partir deste contexto observamos a importância da assistência de enfermagem de maneira integral, compreendendo todas as dificuldades e permitindo assim seu acesso aos serviços de saúde (SANTOS et al., 2017).

Muitas gestantes soropositivas não têm com quem partilhar seus anseios, então, cabe a equipe multidisciplinar oferecer apoio emocional necessário e desenvolver um aconselhamento digno, baseado no diálogo, escuta, confiança e no acolhimento num todo. A efetividade do cuidado em relação à transmissão está no aconselhamento, contudo, o profissional da área da saúde envolvido nessa atenção as gestantes precisam proceder com cuidado evitando julgamentos, discriminação e preconceito (ARAÚJO, 2008).

Nesse sentido, destaca-se a relevância desta pesquisa por apresentar a importância de conhecer as características epidemiológicas das gestantes HIV positivo no pré-natal, uma vez que, esse acompanhamento possibilita, além do diagnóstico precoce, o tratamento e manejo adequados, visando sua real necessidade, valorizando a promoção, proteção e recuperação da saúde em qualquer fase da vida e principalmente em relação ao bem-estar emocional, social e ético (SILVA; SILVA; MACHADO, 2012).

É importante ressaltar que existe uma série de exames (Quadro 02) para a gestante realizar no pré-natal juntamente com seu companheiro, visto que, realizando esse acompanhamento o pré natal estará adequado e com isso pode se detectar alterações que podem afetar o desenvolvimento gestacional. Os exames são um protocolo do MS – Ministério da Saúde que é seguido pelas unidades básicas, onde se cria um vínculo de atendimento com essa gestante soropositiva.

Quadro 02: Exames pré-natal durante a gravidez

EXAMES DA GESTANTE			EXAMES DO COMPANHEIRO DA GESTANTE
1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	
Hemograma	Teste de tolerância a glicose (realização preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana)	Hemograma	Hemograma
Tipagem Sanguínea e fator Rh	Coombs indireto (se for Rh negativo)	Glicemia em jejum	Tipagem Sanguínea e fator Rh
Coombs indireto (se for Rh negativo)		Coombs indireto (se for Rh negativo)	Glicemia em jejum
Glicemia em jejum		Teste rápido: sífilis e HIV	Teste rápido: sífilis e HIV
Teste rápido: sífilis e HIV		Hepatite B	HBsAg
Toxoplasmose		Toxoplasmose (se IgG não for reagente)	
Hepatite B		Urocultura + urina	
Urocultura + urina tipo 1		Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)	
USG Obstétrica			
Citopatológico de colo (se for necessário)			
Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica)			
Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)			

Fonte: (BRASIL, 2020)

O enfermeiro dever ser capacitado de forma responsável para prestar o devido apoio no pré-natal, que tem como objetivo acolher a gestante desde o instante em que evidencia sua gestação, cabe ao mesmo, oferecer uma atenção de qualidade às gestantes diagnosticadas com essa doença, priorizando então uma atenção mais humanizada, a qual é de suma importância para amenizar a TV, juntamente com diminuição de mortes de mães e bebês. (RIBEIRO, 2017).

Destá forma é fundamental que o enfermeiro possa acolher as gestantes, estar atualizado e tecnicamente correto sobre HIV e AIDS, sendo igualmente importante deixar claro para essa gestante toda a evolução da doença, do tratamento específico para a mesma, bem como de todas as orientações referentes, qual tipo de parto a que será submetida e algumas particularidades como o não aleitamento materno. (BRASIL, 2010).

Para que a TV do HIV não ocorra, é crucial que se detecte o HIV precocemente na gestação no período do pré-natal. A detecção prematura do HIV permite que a equipe que acompanha a mesma, inicie a quimioprofilaxia que não permite a TV, diminuindo de forma considerável o risco de que o RN nasça contaminado pelo vírus. Estudos relatam que grande parte das mulheres tomam conhecimento de que são portadoras do HIV quando descobrem a soropositividade de seu filho, ou durante a gestação, ao realizar os exames de pré-natal, e ainda há um grande número de gestantes que descobrem a doença durante o trabalho de parto, ou logo após a ele (RIGONI et al., 2008).

De acordo com pesquisas realizadas, cerca de 83% das crianças infectadas pelo vírus HIV até os treze anos de idade sofreram contaminação por meio da TV, contudo, não existe meio preciso de se identificar o verdadeiro nível do risco de infecção, a literatura indica que a maior parte das contaminações verticais se dão no momento do parto, seguida da transmissão durante a gestação, principalmente nas últimas semanas e posteriormente, sendo que com um índice muito pequeno, está a contaminação pelo aleitamento materno (RODRIGUES; VAZ; BARROS, 2013).

Quando a gestante toma ciência de sua condição de portadora da infecção pelo vírus HIV, salvo todo o transtorno e sofrimento que ela possui ao saber do seu próprio quadro de saúde, ela passa por uma tormenta de sentimentos, pois a todo tempo, cogita a possibilidade de que seu filho nasça com a infecção. Lidar com todos os sentimentos e dúvidas afloradas nesse período é bem complicado para a gestante, porque um diagnóstico de HIV leva uma ideia contrária à ideia de vida gerada pela gravidez (BALESTIERI, 2006).

2.8.1 Ações e aconselhamentos de enfermagem nas consultas com as gestantes soropositivas

No exato momento do atendimento o profissional de enfermagem, precisa estar preparado e se favorecer com a ferramenta básica que faz toda diferença no atendimento, que é a escuta, onde é possível ter um olhar mais criterioso e correto para que assim sejam vistas todas as fraquezas encontradas no dia a dia destas gestantes, e diante disso facilitar a montagem das estratégias que são de grande importância: trabalhar, as ações educativas, adesão aos tratamentos, integração dessa cliente na sociedade de maneira geral, abordagem dos métodos em função do cuidado com as doenças que acometem a gestante pelo fato da sua imunidade estar baixa. E dessa forma, procurar criar um vínculo de lealdade e respeito com este paciente podendo ser entre as consultas na unidade de saúde (ISOLDIL; CARVALHO; SIMPSON, 2017).

No estudo realizado, o autor evidenciou que é necessário que o enfermeiro qualifique sua atividade no atendimento ao pré-natal, e que não se deve perder o vínculo com essa gestante, mesmo quando encaminhada ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), ela irá permanecer com acompanhamento com o enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (GOULART et al., 2018).

Outro estudo acerca das ações de enfermagem nas consultas, nos mostra que o enfermeiro pode conhecer melhor o território adscrito, as potencialidades da comunidade e a vulnerabilidade de seus clientes, com base nisso desenvolver atividades de educação em saúde ou de aconselhamento na comunidade, e realizar o cuidado de forma longitudinal. O enfermeiro passa a ter uma visão mais ampla durante as consultas (COSTA; SILVA; MEDEIROS, 2015).

De forma semelhante, outro autor afirma que o cuidado de enfermagem se torna fundamental dentro desse cenário, que tange a promoção de saúde em suas diversas vertentes, sejam elas como ações preventivas, educativas ou holísticas. As ações educativas vão proporcionar a essas mulheres a autonomia sobre sua saúde (LIMA et al., 2017).

Nesse sentido, nota-se que ao conhecer o ambiente em que essa gestante se encontra, a comunidade em que está inserida, é possível planejar e desenvolver ações para um cuidar de forma eficaz, desenvolvendo atos educativos e preventivos. Será através dessas ações que essa gestante se sentirá segura, com total autonomia, diminuindo significativamente o risco de abandonar as consultas de pré-natal e as atividades realizadas na comunidade. Para que isso seja possível, o enfermeiro à frente desse atendimento deve receber orientações e estar capacitado (GOULART et al., 2018).

Foi possível observar a importância do acolhimento, para a criação de um vínculo, tornando possível a adesão ao tratamento; respeito à autonomia e sigilo; empatia e escuta, de uma forma em que a gestante se sinta segura e confie nas recomendações acerca dos cuidados; humanização para que não se torne apenas um tratamento medicamentoso. Este estudo foi reforçado por outros autores que mencionam que o sigilo se torna uma questão transversal na construção do vínculo, pois sem preconceito com sigilo e respeitando sua singularidade, essa gestante manterá seu vínculo na UBS, mesmo após ser encaminhada para SAE (GUELHER; ALVES; ALMEIDA, 2019; PEREIRA et al., 2015).

Os estudos apontam que o enfermeiro deve realizar a consulta objetivando a formação de rede familiar, de apoio na busca de estratégias de desvelar o que a cliente deseja na atenção à sua saúde, numa relação de ajuda e acessibilidade em comum acordo para o uso adequado do antirretroviral, acolher junto com seus familiares. Eles evidenciaram que buscar conhecer a percepção da família é uma forma de apoio a essa gestante, pautado sempre no acolhimento para gerar o autocuidado (RAHIM et al., 2017; VIANA et al., 2013).

No entanto, nas consultas iniciais é de suma importância que o profissional de enfermagem siga um roteiro fornecido pelo Ministério da Saúde, em que o mesmo deverá abordar itens de maneira individual, essa abordagem precisa ser complementada pelas consultas subsequentes, e o acompanhamento deve seguir até o final da gestação, por isso, é imprescindível a avaliação de conhecimento da gestante (KLEINUBING; PEREIRA; BUBLITZ, 2011).

Para construção do vínculo entre gestante e o profissional enfermeiro é necessário à construção da confiança através do sigilo e do olhar sem preconceito por parte do enfermeiro, a gestante precisa confiar para aceitar as orientações do tratamento que se iniciará. Devem estar seguras com o tratamento, e que o uso dos antirretrovirais associado a todas as recomendações serão válidas para prevenir a transmissão vertical do HIV, e a família como rede de apoio deve estar envolvida (GUELHER; ALVES; ALMEIDA, 2019; PEREIRA et al., 2015).

A situação clínica do paciente vai dizer qual demanda de cuidados especializados deverá ser utilizada, podendo até mesmo ser uma tecnologia mais complexa, se houver necessidade e preocupação dos profissionais de saúde em estabilização da situação do paciente. Visando um melhor seguimento de vida nesta fase, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza a promoção ao aconselhamento, acompanhamento, como também o tratamento do HIV no decorrer do processo gestacional, em pacientes que coexistem com o HIV, prevendo inclusivamente as políticas de proteção aos direitos reprodutivos (PEREIRA et al., 2016).

A notificação da gestante soropositiva é obrigatória, é de fundamental importância que seja realizada o quanto antes para que se possa dar início ao uso de antirretrovirais (ARV), assim sendo, são maiores as chances de amenizar a transmissão vertical (TV) e melhorar a assistência da criança exposta (BRASIL, 2018).

Nessas consultas iniciais, realizadas a uma gestante HIV positiva, necessariamente, o profissional da saúde deve utilizar de linguagem fácil de entendimento e necessita realizar orientações gerais acerca da infecção pelo HIV, é indispensável que o profissional deixe claro a seriedade do acompanhamento durante o pré-natal e a seriedade em seguir corretamente as orientações dos profissionais que a acompanham (KLEINUBING; PEREIRA; BUBLITZ, 2011).

Achados de pesquisas revelaram que além do teste, é realizado o aconselhamento pré e pós-teste, que é de total importância para que a mulher saia do consultório sem nenhuma dúvida, com orientações imprescindíveis para o atendimento integral. O aconselhamento tem objetivo de que a gestante conheça a doença e saiba dos riscos, e o mesmo pode ocorrer no pré-natal e nos grupos de planejamento familiar (PREVIATI; VIEIRA; BARBIERI, 2019; SILVA et al., 2018).

O enfermeiro deve avaliar o nível de conhecimento dessa gestante sobre a patologia, e deve orientá-la, bem como ao seu parceiro. Precisa identificar situações adversas em que necessite de intervenção imediata da equipe médica que a acompanha, sejam elas por infecções oportunistas ou quaisquer outros que impliquem em risco para essa gestante. Deve avaliar a necessidade de se realizar vacinações com a finalidade de imunizar essa paciente, avaliar também sobre a profilaxia (VAZ; BARROS, 2010).

É preciso orientar a respeito do início e da aceitação da profilaxia antirretroviral, explicando a necessidade de um seguimento no tratamento, sem interrupções, mesmo que surjam reações desagradáveis ao longo do tratamento. Deve se avaliar a saúde mental dessa paciente, encaminhando-a para apoio psicológico se necessário (COELHO; MOTA, 2015).

O profissional de enfermagem deve relatar como se dá o desenvolvimento da doença e como acontece a TV, informando a gestante para o tipo de parto a que será submetida e aos cuidados específicos que essa gestante terá de prestar ao seu recém-nascido (RN), bem como orientar e explicar que o RN terá de seguir um tratamento logo que nascer e o mesmo não poderá ser amamentado (BRITO; CASTLHO; SWASCWARD, 2010).

Assim, precisa iniciar um vínculo de segurança entre enfermeiro e paciente, em que o mesmo tomará conhecimento sobre aspectos importantes da vida da gestante, suas expectativas e medos, bem como orientar a gestante a respeito da importância de não consumir bebidas alcoólicas e outros entorpecentes no processo gestacional (VINHAS et al., 2014).

Com o intuito de estabelecer uma relação interpessoal entre profissional de saúde e cliente, o Ministério da Saúde criou essa estratégia de aconselhamento, abordando que nesta fase, os profissionais de saúde, a equipe multidisciplinar, precisam estar sensíveis e assim compreender o impacto passado por essas mulheres (PENNA et al., 2010).

Priorizando que se realize aconselhamento anterior e após o teste de HIV. A equipe de profissionais precisa estar preparada para enfrentar todos os tipos de situações quando o diagnóstico for positivo, o profissional precisa prestar todo apoio emocional e orientações a fim de baixar os níveis de ansiedade da gestante e sanar suas dúvidas (RIGONI et al., 2008).

Um dos principais aconselhamentos que se deve ofertar a todos aos pacientes é o esclarecimento sobre a diferença existente em ser portador do HIV e ter a Aids propriamente dita, diferenciando suas principais diferenças e as manifestações da Aids, a disponibilidade do tratamento pelo SUS, os cuidados para evitar a transmissão vertical da doença e orientar a respeito das reações adversas que estarão suscetíveis pelo uso da TARV (FELDMANN et al., 2012).

O aconselhamento é imprescindível e deve ser mantido durante toda a gestação e após o parto, deve focar na admissão ao tratamento e realização correta do mesmo, para que a

prevenção da TV se dê de modo efetivo. No momento do aconselhamento é necessário não somente focar na adesão ao tratamento, mas, cumprir todas as demandas da paciente, no âmbito emocional e psicológico (SANTOS; OKASAKI, 2012).

A gestante soropositiva deve estar acompanhada de uma equipe multifuncional, ela deve ser orientada pré e pós-teste, e uma vez diagnosticada com a doença, ela deve receber todo o amparo médico e psicológico e receber toda a profilaxia antirretroviral. A gestante deve seguir recebendo aconselhamento (adequado) da equipe durante toda a gestação. As gestantes portadoras do HIV sofrem diversos tipos de dificuldades, tanto do ponto de vista psicológico, familiar ou social, e todas essas dificultam no seguimento do tratamento com a quimioprofilaxia (RIGONI et al., 2008).

O aconselhamento é necessário em seu papel de prevenção, contribuindo para as gestantes portadoras de HIV, onde elas têm conhecimento das formas a serem adotadas frente ao comportamento sexual mais seguro, reduzir os impactos no momento de informar seu diagnóstico, melhorando o autocuidado e promovendo atenção integral. O aconselhamento, portanto, prioriza lidar com os aspectos emocionais, visando à saúde tanto sexual como reprodutiva, avaliando o quanto a gestante é vulnerável, nas perspectivas que visam os direitos humanos. Prática essa que se constitui um processo de confiança entre o profissional de saúde e a gestante soropositiva (BRASIL, 2010).

Os profissionais de enfermagem durante esse processo devem se apresentar sempre dispostos a ajudar, preparado a ouvir, e em todo caso, quando fugir de suas capacidades, buscar ajuda em outro profissional, esclarecer suas próprias dúvidas para pôr fim poder sanar as possíveis dúvidas que a paciente possa ter. Ele é de total importância no enfrentamento da doença, e necessita se estender a todos os familiares da paciente a quem ela revele seu diagnóstico (FARIA; PICINNI, 2010).

Assim, quando pessoas são expostas a situações que de alguma maneira impliquem em ameaça a sua integridade física ou emocional, essas pessoas costumam se apresentar mais fragilizadas e por vezes, se sentem incapazes de solucionar seus problemas sozinhos e a possibilidade de trocar conhecimentos, medos e angústias com pessoas que estejam passando por situações similares, no qual, auxiliam essas pessoas a superarem seus problemas e desafios, esclarecerem conflitos, e deixarem a ansiedade e pavor de lado (ARAÚJO et al., 2008). O pré-natal é um período em que as gestantes já carregam consigo diversas aflições e dúvidas, as gestantes HIV positivas, estão com mais dúvidas, muito mais receios, se sentem completamente abandonadas e aflitas, os encontros em grupos de gestantes são fundamentais para essa mulher se sentir incluída, abraçada, sentir que não está sozinha. Também encontros similares a esse podem servir para que essa gestante juntamente ao seu parceiro receba orientações sobre a hora

do parto e possíveis intercorrências que possam aparecer ao longo da gestação (FARIA; PICINNI, 2010).

Nas ações de cunho educativo que são realizadas durante o pré-natal, em grupos de gestantes, os temas em geral devem ser expostos, o enfermeiro deve elaborar um roteiro de entrevista em que diferentes questões, que envolvam diversas pacientes sejam sanadas, sem que essas gestantes sejam expostas, deve-se abordar temas de modo geral, sem apontar uma ou outra pessoa (ARAÚJO et al., 2008).

Embora as consultas individuais sejam necessárias para se estabelecer um vínculo de confiança entre profissional e gestante, onde a mesma pode expor suas dúvidas e angústias mais íntimas e onde o profissional pode realizar orientações direcionadas a essa gestante em específico, deve se ressaltar a importância dos grupos de gestantes que são fundamentais para a inclusão dessa paciente, que por muitas vezes, tende a se isolar em decorrência de sua condição de soro positividade (LORENZI; LORENZI; ZANETE, 2012).

A maior parte das gestantes HIV positivas entrevistadas em estudos anteriores mencionam que os grupos de gestantes ajudaram a superar momentos de depressão, de solidão, de angústia, eram nesses encontros grupais em que percebiam que não somente elas tinham problemas a superar, mais que de alguma forma, cada uma das gestantes que ali estavam tinham particularidades a vencer, obstáculos a superar e que elas enfim, não estavam sozinhas (FARIA; PICINNI, 2010).

Contudo, se nestes grupos de gestantes forem compostos por vivências e patologias diversas, o quadro de soropositividade de uma gestante pode ser exposto apenas se a mesma assim preferir, ou seja, a gestante deve se sentir confortável em revelar que é portadora do HIV, assim como estar segura quando não quiser que seu quadro seja conhecido pelas outras participantes do grupo, por isso, as doenças devem ser abordadas de maneira geral quando estiver acontecendo as atividades em grupo, sem nunca apontar ninguém (LORENZI; LORENZI; ZANETE, 2012).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, no qual foram utilizados elementos de domínio público com acesso não restrito, cujo levantamento ocorreu por meio do aplicativo TABNET (tabulador) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os estudos descritivos, segundo Ministério da Saúde (MS), têm como intuito distinguir a proporção da patologia ou as condições que estão relacionadas à saúde, de acordo com o tempo e/ou as características de cada pessoa (BRASIL, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o Sistema DATASUS é um tabulador genérico de domínio público, em que autoriza ordenar os dados de forma ágil de acordo com a consulta que se deseja tabular.

3.2. População, Amostra e Período da Coleta de Dados

Os dados coletados foram da descrição epidemiológica nos casos de gestantes soropositivas no âmbito nacional, evidenciando características confirmadas na região centro-oeste registrados de 2011 a 2021, período este que abrange os últimos 10 anos disponibilizados pelo sistema.

Dessa forma, foram conceituados no presente estudo apenas as ocorrências notificadas de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo então, as seguintes variáveis registradas pelo DATASUS, sendo eles: Ano de diagnóstico; Faixa etária da mãe; Escolaridade; Estado civil; Raça/Cor.

3.3. Análise dos Dados

Através do Software Excel, foi possível organizar por meio de tabelas quanti e qualitativas, com os dados obtidos através do sistema TABNET, assim, no qual permite calcular as médias vistas em gráficos de cada variável.

Segundo alguns autores, o estudo quantitativo se evidencia pela colocação de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto nos tratamentos da mesma, mediante dados estatísticos como percentual, média, desvio ou erro de padrão (MARCONI; LAKATOS, 2003).

3.4. Aspectos Éticos

O estudo foi realizado utilizando somente os dados secundários de acesso público, com o intuito de prevenir a identidade da sociedade estudada. Tal preceito ético, é estabelecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que aborda pesquisas envolvendo seres humanos.

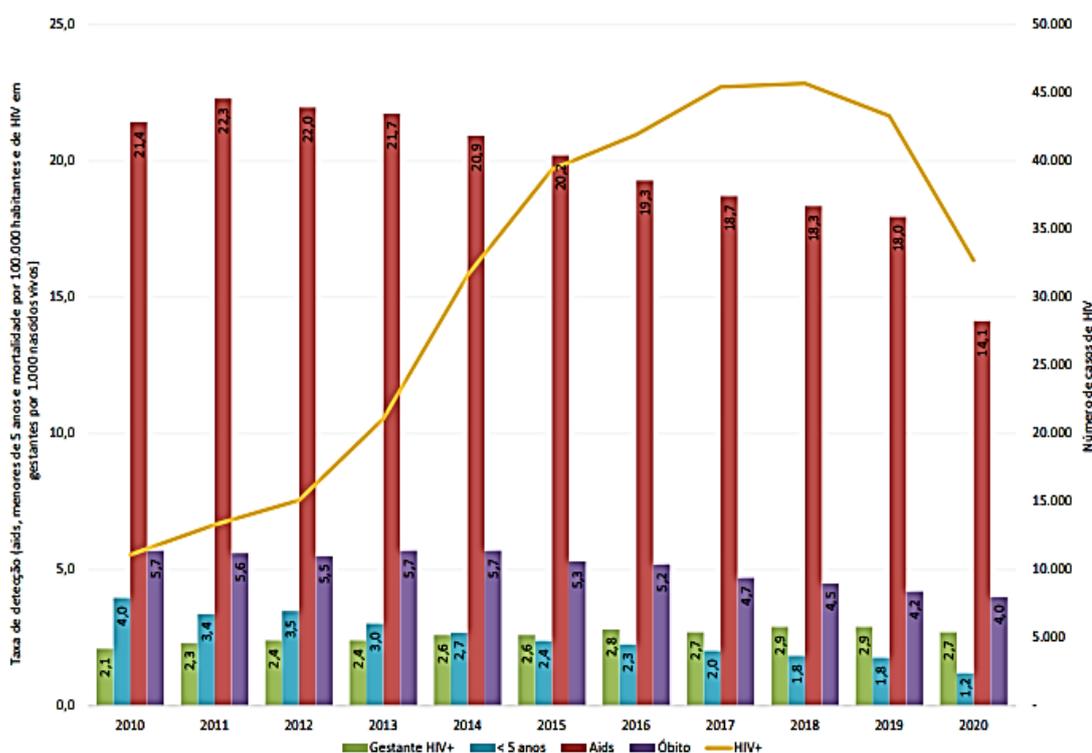
Os dados disponibilizados são de acesso livre para utilização de qualquer pessoa, sempre no intuito de preservar a identidade das pessoas analisadas. A análise dos dados foi realizada com apresentação dos dados em frequência relativa e média, demonstrando através de gráficos e tabelas. Para ambas análises dos dados foi utilizado Microsoft Excel 2010. Contudo, os dados foram catalogados por meio de tabelas e gráficos para melhor compreender os resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo trataremos sobre o perfil epidemiológico do HIV, principalmente das mulheres gestantes, fazendo um paralelo sobre a relação da taxa de infecção da mãe e a da criança (BRASIL, 2021).

Para início apresentaremos um gráfico onde é apresentado os dados resumidos do número de infecções de HIV em gestantes, em crianças menos de cinco anos, a taxa de detecção da AIDS, o coeficiente de mortalidade por aids e a relação com o número de casos de HIV no Brasil, no período de 2010 a 2020:

Gráfico 01 – Infecção pelo HIV em Gestante, aids em menores de cinco anos, taxas de detecção de aids, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV Brasil 2010 a 2020



Fonte: Brasil 2021.

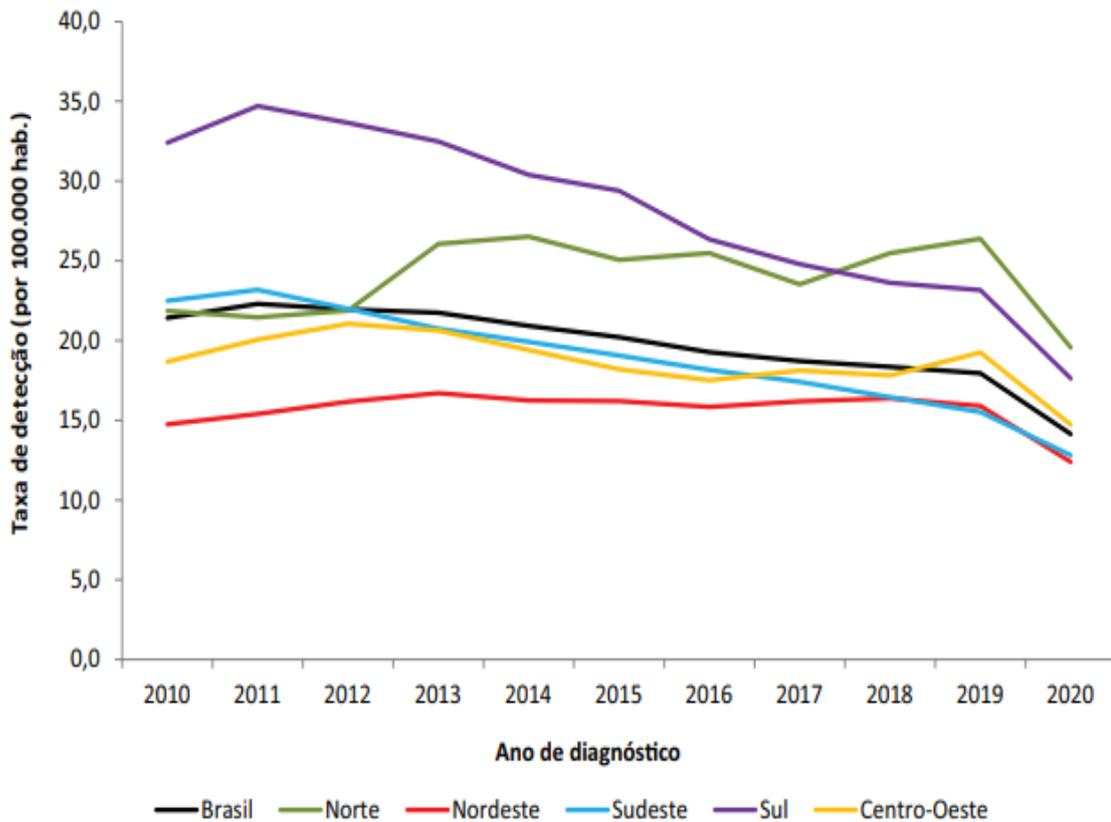
Portanto, nos dez anos observados (2010 - 2020), os que apresentaram maior número de notificações em primeiro lugar foi o ano de 2011 tendo (22,3) casos, sendo seguidos pelos anos de: 2012 (22,0), 2013 (21,7), 2010 (21,4). Dentre isso, o ano que apresentou menor notificação foi o ano de 2020 com 14,1 casos de HIV a cada 1000 nascidos vivos. (BRASIL, 2021).

Malheiros e Galvão (2019), afirmam que a taxa de infecção do vírus HIV diminuiu ao longo dos últimos anos, o que pode ser bom, pois evidencia que a quantidade de novos casos

tende a diminuir. Isso vai de encontro com o que o gráfico mostra, pois existe uma tendência a diminuir os casos de HIV positivo, tanto em gestantes, quanto em crianças menores de cinco anos, também há uma diminuição no número de óbitos e de positividade de HIV (BRASIL, 2021).

O gráfico (02) mostra a taxa de detecção de HIV, nos anos de 2010 a 2020, divididos por região:

Gráfico 02: Taxa de detecção de HIV, nos anos de 2010 a 2020 - divididos por região



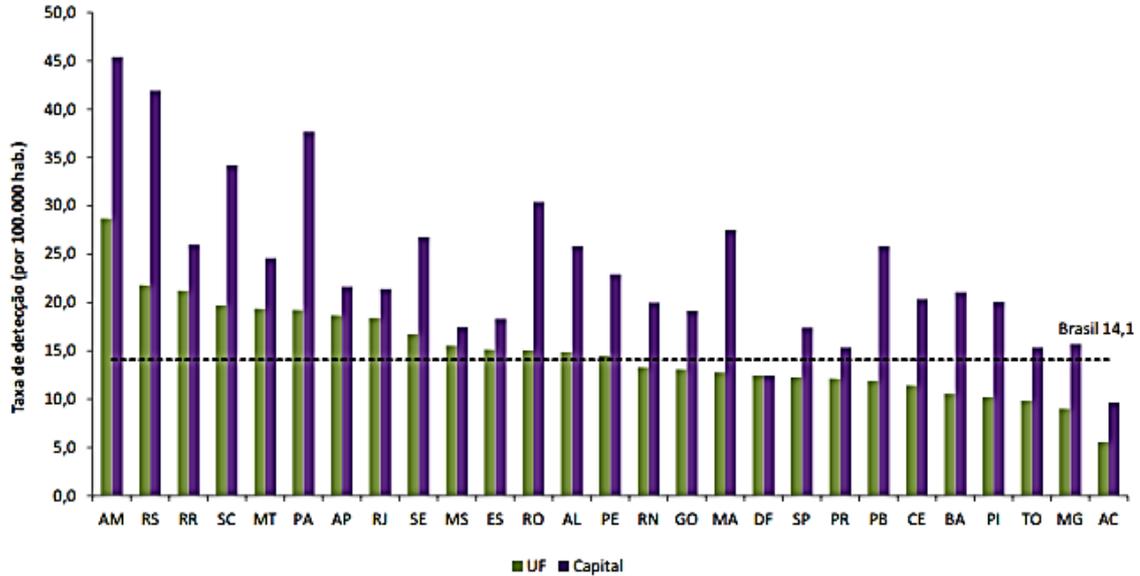
Fonte: Brasil 2021

O gráfico da pesquisa, mostra que a maior taxa de detecção no período de 2010 a 2020 se deu na região sul no ano de 2011 (35/1000 habitantes), e a menor na região nordeste no ano de 2020 (14/1000 habitantes) (BRASIL, 2021).

Conforme o gráfico mostra, há uma tendência de queda nas infecções de HIV em todas as regiões, destaca-se a região centro oeste, que proporcionalmente está muito próximo da taxa de infecção nacional (BRASIL, 2021). Este resultado vai de encontro com FANELON et al (2021) que em sua pesquisa intitulada “Epidemiologia da AIDS no Brasil, região Centro-Oeste e Distrito Federal, 2008-2018” conclui que existe uma queda da taxa de detecção de AIDS e também do coeficiente de mortalidade no Brasil e Centro Oeste.

Destaca-se ainda, a taxa de detecção da aids (por 100.000 hab.) de acordo com a UF e sua capital, que no gráfico (03) a seguir traremos os dados de 2020.

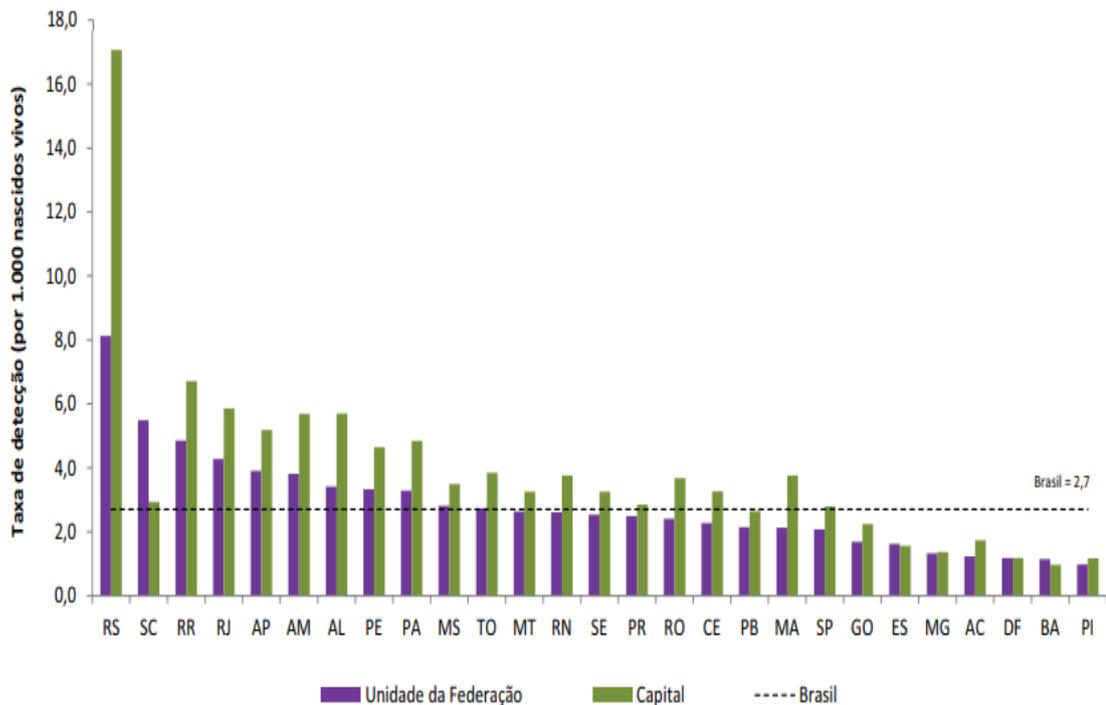
Gráfico 03 - Taxa de detecção da aids (por 100.000 hab.) de acordo com a UF e sua capital



Fonte: Brasil 2021

Conforme visto no gráfico a maior taxa de detecção do vírus HIV em gestantes se dá na Amazônia, com 45 casos em 100.000 habitantes, seguido Rio Grande do Sul com 42 casos em 100.000 habitantes, seguido do Pará com 37 casos em 100.000 habitantes. Já os estados do Centro Oeste apresentam a seguinte taxa de detecção do HIV respectivamente, Mato Grosso com 19/100.000 habitantes casos no estado, número que sobe para 25/100.000 habitantes em sua capital; Mato Grosso do Sul com 15/100.000 habitantes subindo para 17/100.000 habitantes na capital; Goiás com 14/100.000 habitantes subindo para 19/100.000 habitantes na capital e DF com 13/100.000 habitantes tanto no interior quanto na capital.

Destaca-se no gráfico (04) que Mato Grosso tem a 5ª maior taxa de detecção em capitais no Brasil:

Gráfico 04– Taxa de detecção por 1.000 nascidos Vivos

Fonte: Brasil, 2021

Conforme visto no gráfico 04, em relação à taxa de detecção em analogia ao número de nascidos vivos Mato Grosso, fica próximo a média nacional de 2,7 casos por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2021).

Na Tabela a seguir, analisa-se a taxa de gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos), na região Centro-Oeste por ano do parto. Percebe-se que no geral em comparação com outras regiões esta encontra-se em um patamar a baixo da média nacional (LIMA et al., 2017).

No Brasil, entre o período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas 141.024 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 37,4% das gestantes eram residentes da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (29,5%), Nordeste (18,3%), Norte (8,9%) e Centro-Oeste (5,9%). E no ano de 2020 foram cerca de 6,3% no Centro-Oeste (Quadro 03).

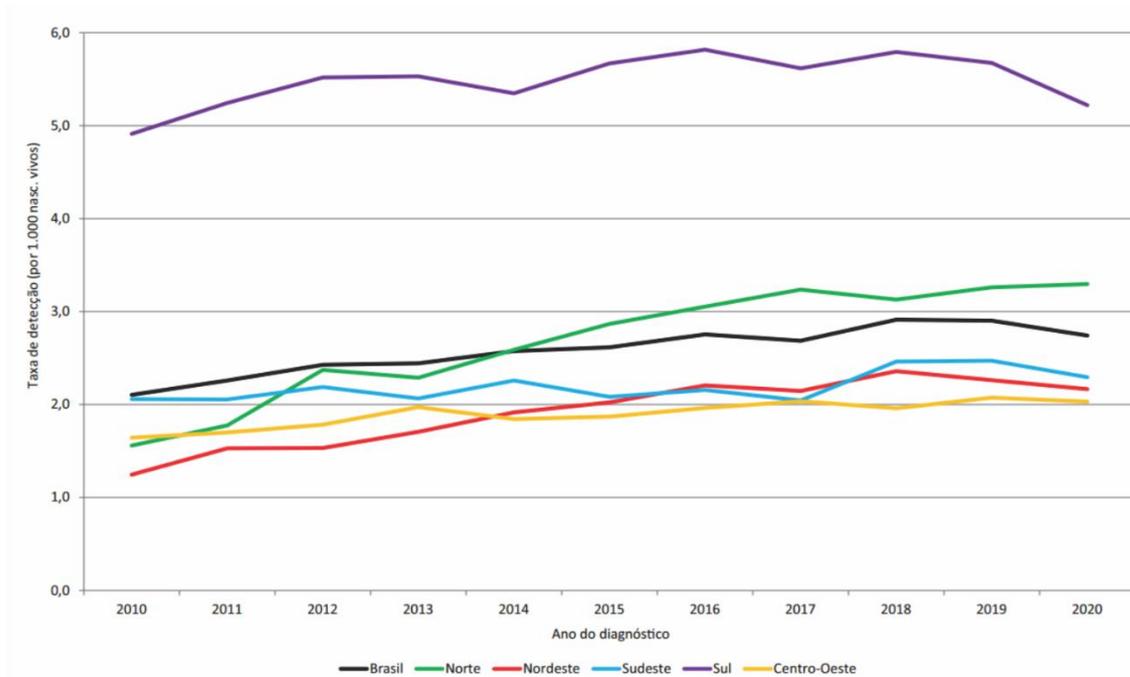
Quadro 03: Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) Centro Oeste

UF de residência	00-09		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020 ⁽¹⁾		2021		Total ⁽²⁾
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº
Brasil	54043	6022	21	6580	2,3	7053	2,4	7097	2,4	7674	2,6	7894	2,6	7870	2,8	7853	2,7	8577	2,9	8268	2,9	7814	2,7	4280	141025		
Centro-Oeste	2979	363	1,6	385	1,7	411	1,8	463	2,0	452	1,8	463	1,9	461	2,0	497	2,0	482	2,0	500	2,1	490	2,0	291	8237		
Mato Grosso do Sul	546	76	1,9	96	2,3	92	2,2	104	2,5	102	2,3	110	2,5	109	2,6	133	3,0	142	3,2	123	2,8	123	2,8	74	1830		
Mato Grosso	794	106	2,2	109	2,1	128	2,5	144	2,7	132	2,3	126	2,2	136	2,5	146	2,5	144	2,5	194	3,3	155	2,6	86	2400		
Goiás	1127	125	1,4	135	1,5	136	1,5	148	1,6	153	1,5	158	1,6	158	1,7	172	1,8	152	1,5	138	1,4	162	1,7	100	2864		
Distrito Federal	512	56	1,3	45	1,0	55	1,3	67	1,5	65	1,5	69	1,5	58	1,3	46	1,0	44	1,0	45	1,1	50	1,2	31	1143		

Fonte Brasil (2021)

Segundo observamos no gráfico 05. Dentro de um período de apenas 10 anos, registramos um aumento de cerca de 30% na taxa de detecção de HIV em gestantes. Em 2010, registraram-se 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa passou para 2,7/mil nascidos vivos. Este aumento pode ser esclarecido, em parte, pela atuação dos profissionais da saúde na ampliação do diagnóstico ainda no pré-natal e melhora da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência desse aumento também se observa no Centro-Oeste, sendo que as regiões Norte e Nordeste foram as que se verificaram maiores taxas de crescimento nos últimos 10 anos. Em toda essa série histórica, a região Centro-Oeste esteve sempre abaixo da média nacional de detecção do HIV em gestantes.

Gráfico 05: Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2010 a 2020



Fonte: Sinan

A epidemia da infecção pelo HIV vem evoluindo de forma crescente na população feminina em todo mundo. Com o aparecimento desse processo surgiu uma grande preocupação, devido a contaminação atingir principalmente as mulheres entre 20 e 34 anos, período esse em que as mesmas se encontram em fase reprodutiva e podem transmitir o vírus do HIV por meio da transmissão vertical materno-infantil (LIMA SS, et al., 2017).

Como muitas das vezes, o enfermeiro é o primeiro profissional da área da saúde a ter o contato com a gestante, para a realização inicial do pré-natal, cabe ao mesmo, conduzir essa abordagem de maneira eficiente para detecção do HIV, para que as medidas necessárias sejam

tomadas posteriormente. Nesse contexto, o enfermeiro, possui papel de destaque, uma vez que na maioria das situações conduz o atendimento inicial a gestante, principalmente nas unidades básicas de saúde durante o pré-natal, pois muitas vezes é o principal encarregado pelo aconselhamento (SILVA JM e SILVA F, 2018).

A seguir, discute-se a respeito do Painel de Gestantes com Carga Viral do HIV Detectável em âmbito Nacional em comparação com o Centro-Oeste de 2011 a 2021, dados estes que fazem parte do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, abordando as gestantes de maneira categorizada em seus aspectos de Idade Gestacional, Escolaridade, Faixa Etária, Raça/Cor.

Quadro 04: Painel de Gestantes com Carga Viral Detectável por Idade Gestacional

Idade Gestacional (semanas)	Nacional		Centro-Oeste	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
1 a 13	1388	17,1%	129	19,9%
14 a 26	1269	15,6%	100	15,4%
27 a 41	848	10,41%	70	10,8%
Não Informado	4627	56,9%	350	53,9%
Total	8132	100%	649	100%

Fonte: Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC)

Observa-se a prevalência na detecção do HIV geralmente nas primeiras semanas de gestação, estudos mostram que os profissionais de Enfermagem são os principais responsáveis por essa detecção precoce, haja visto que o pré-natal foi iniciado de maneira correta e que foi realizado uma abordagem completa e eficiente á gestante.

No estudo de Bick et al. (2018), 60,1% das gestantes tiveram o diagnóstico antes da realização do pré-natal, assim como nos estudos de Brandão et al. (2016) e Maia et al. (2015). Porém, nos estudos de Silva et al. (2018), Paes et al (2017) e Silva et al. (2016), as gestantes que tiveram diagnóstico de HIV durante o pré-natal liderou na maioria dos casos.

Quadro 05: Paineis de Gestantes com Carga Viral Detectável por Faixa Etária

Faixa Etária (anos)	Nacional	Centro-Oeste
>=50	0,41%	0,3%
40 a 49	6,9%	6,5%
30 a 39	35,5%	36,5%
25 a 29	28,9%	24%
20 a 24	22,6%	26,8%
15 a 19	5,5%	5,9%
< 15	0,1%	-

Fonte: Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC)

O levantamento das estatísticas mostra que a prevalência da idade das gestantes que estão com a carga viral detectável no Brasil assim como no Centro-Oeste gira em torno de 30 a 39 anos, mulheres essas que fazem parte do grupo que estão em plena atividade sexual, o que leva a um dado alarmante, visto que a conduta em manter relações sexuais desprotegidas e de risco nessa idade é uma realidade.

Já no estudo de Araújo et al. (2015), as adolescentes (menores de 19 anos) representaram 18,6% da amostra de gestantes com HIV, dado preocupante, pois demonstra que nesta fase as adolescentes têm uma vida sexual ativa que por muitas das vezes ocorre de forma desprotegida.

Outra discussão importante e significativa nas variáveis das gestantes com carga viral detectável é o nível de escolaridade das mesmas. No Brasil, o perfil epidemiológico predominante dessas mulheres tem sido caracterizado pelo aumento significativo de casos em jovens grávidas, com níveis baixos de escolaridade que geralmente não exercem nenhuma atividade remunerada.

Quadro 06: Paineis de Gestantes com Carga Viral Detectável por Escolaridade

Escolaridade (em anos)	Nacional	Centro-Oeste
12 a mais	10,7%	10,9%
8 a 11	23,1%	23,4%
4 a 7	30,9%	31,4%
1 a 3	3,9%	3,7%
nenhum	1,0%	1,2%
não informado	30,3%	29,3%

Fonte: Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC)

O nível de escolaridade dessas gestantes com Carga Viral Detectável é muito semelhante tanto em âmbito nacional quanto do Centro-Oeste, demonstrando uma preocupante

relação ao baixo grau de estudo e a prevalência do HIV detectados nessas mulheres, sugere também que o grau de instrução está diretamente relacionado as taxas de infecção, haja visto que o levantamento e outros estudos revelam que gestantes que estudaram apenas de 4 a 7 anos (Ensino Médio Incompleto) são as mais acometidas com HIV na gestação (BICK et al., 2018; BRANDÃO et al., 2016).

Quadro 07: Painel de Gestantes com Carga Viral Detectável por Raça/Cor

Raça/Cor (%)	Nacional	Centro-Oeste
Pardo	37,5%	50,8%
Branco	32,2%	19,3%
Não Informado	15,4%	17,3%
Preto	13,9%	9,2%
Amarelo	0,7%	1,5%
Indígena	0,3%	1,5%
Total	100%	100%

Fonte: Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC)

O painel nos mostra ainda a respeito dos aspectos de Raça e Cor dessas gestantes, que pode variar muito e produzir incongruências no estudo, visto que o Brasil é um país diversificado e com aspectos de raça bastante diferentes dependendo das regiões. A análise de raça/cor pode trazer impressões subjetivas devido a este fato, porém a região Centro-Oeste segue uma tendência Nacional de mais casos de mulheres gestantes pardas com carga viral detectável.

No estudo de Lima, S. K. S. S. et al. (2017) houveram 46,1% de mulheres brancas, predominância também observada no estudo de Ayala, Moreira e Francelino (2016) e no de Sousa et al. (2015) evidenciando os diferentes resultados obtidos, a depender do estudo e da região em que foram realizados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se, no presente estudo, como objetivo geral, descrever a importância do profissional enfermagem conhecer as características das gestantes HIV positivo para um atendimento embasado em sua realidade. Com o estudo, foi observado que o cuidado de enfermagem se torna fundamental para que a gestante soropositiva tenha uma gestação com menor risco de ocorrer à transmissão vertical e que as ações realizadas nas consultas de pré-natal são responsáveis por garantir a adesão das intervenções necessárias.

A pesquisa evidenciou como ações de enfermagem nas consultas de pré-natal, o desenvolvimento de atividades educativas, o acolhimento e a criação do vínculo que se dá através do respeito, autonomia e do sigilo, compõem importante vínculo com a gestante, mesmo após ser encaminhada ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

Apontou-se que o enfermeiro, por ter uma visão mais ampla nas questões da saúde, poderá praticar durante as consultas ações mais humanizadas, tendo como objetivo a formação de uma rede familiar de apoio, e capacidade para perceber o desejo dessa gestante naquele momento. Através das informações permitir autonomia a essa mulher para que possa promover o seu cuidado, considerar abordar, também, toda questão cultural.

Diante desse estudo percebeu-se a importância da capacitação dos enfermeiros para estarem à frente do atendimento as gestantes HIV positivas nas consultas, porém nenhum autor pesquisado mencionou uma estratégia para que todo enfermeiro esteja capacitado para desenvolver essas ações necessárias durante as consultas de pré-natal. Assim é imprescindível realizar estudos que esclareçam como essa capacitação da enfermagem esteja sendo feita.

REFERÊNCIAS

- ANDRIES, S. Gravidez e HIV. RJ: **Revista Saber Viver**. v. 1, n. 5, jun/jul., p. 1-11, 2010 Disponível em: Acesso em: 20 Mar. 2022.
- ARAÚJO, C. L. F.; SIGNES, A. F.; ZAMPIER, V. S. B. O cuidado a puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 49-56, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100007>. Acessado em: 26 Maio 2022.
- ARAUJO, L. S. et al. **Diagnósticos de enfermagem em pessoas vivendo com AIDS: uma revisão integrativa**. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/download/5952/2216>. Acesso em: 17 Fev. 2022.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v7i2.5005>. Acessado em: 03 Mar. 2022.
- AYALA, A. L. M.; MOREIRA, A. M.; FRANCELINO, G. Características socioeconômicas e fatores associados à positividade para o HIV em gestantes de uma cidade do sul do Brasil. *Revista de APS*, v. 19, n. 2, p. 210-20, 2016.
- BALESTIERI, F. **Imunologia**. Barueri-SP: Manoele, 2006. Disponível em: https://arquivos.cruzeirosulvirtual.com.br/materiais/disc_2010/2sem_2010/mat_grad_imunologia/un_1/teorico.pdf. Acessado em: 04 Abr. 2022.
- BARROSO, L.; GALVÃO, M. **Avaliação do atendimento prestado por profissionais da saúde a puérpera com HIV/AIDS**. *Texto & Contexto Enfermagem*, jul/set, v. 16, n. 3, p. 463-69, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6ZjJYs798GkSJBhsFKtkDGy/?lang=pt>. Acessado em: 05 Jan. 2022.
- BIANCHINI, L. et al. Formas de Transmissão do HIV: Conhecimento de Acadêmicos de Fisioterapia e Fatores Associados. **Revista Contexto e Saúde**. Editora Unijuí, vol. 18, n.34, jan/jun. 2018 ISSN 2176-7114 P. 58-68. Disponível em: [file:///C:/Users/USER/Downloads/6744-Texto%20do%20artigo_-35538-1-10-20180628%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/6744-Texto%20do%20artigo_-35538-1-10-20180628%20(1).pdf) Acesso em: 23 Mai. 2022.
- 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*, Recife, v. 16, n. 3, p. 325-36, 2016.
- BRASIL.MS. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais**, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br>. Acesso em: 15 Fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de doenças com condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, 2019**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaid-2019>. Acesso em: 15 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIVAids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaid-2019>. Acessado em: 23 Jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 09 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Informações de saúde (TABNET)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.de> Acesso em: 02 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf. Acessado em: 26 Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento – Informações para gestores e técnicos**. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 03 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical do HIV e Sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 10 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e Adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/aids//media/dstaid-2008.pdf>. Acessado em 26 Mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Recomendações para a prática das atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_pratica_atividades_fisicas_pessoas_hiv_aids.pdf. Acessado em: 02 Jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de doenças de condição crônica e infecção sexualmente transmissíveis – Prevenção HIV/AIDS, 2020**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/infecoes-sexualmente-transmissiveis/prevencao> Acesso em: 21 Abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de infecção sexualmente transmissíveis, AIDS e Hepatites virais 2016**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/hiv-e-aids/#:~:text=E%20C3%A9%20na%20primeira%20fase,para%20produzir%20anticorpos%20anti%2DHIV>. Acesso em: 21 Abr. 2022.

BICK, M. A. et al. Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 18, n. 4, p. 803-13, 2018.

BRITO, A.; CASTILHO, E.; SWASCWARD, C. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Sociedade Brasileira de medicina; v. 34, n. 2, p. 207:217, março-abril, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>. Acessado em: 10 Mai. 2022.

CACHAY, E. R. **Infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)**. Manual MSD versão Saúde para a família, abri. 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A4ncia-humana-hiv/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A4ncia-humana-hiv> Acesso em: 22 de Maio de 2022.

COELHO, D.; MOTA, M. A compreensão de mundo vivido pelas gestantes portadoras do HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.6, n.1, p.31. Porto Alegre: 2015. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rngenf/article/viewFile/4538/2468>. Acessado em: 02 Jun. 2022.

CARVALHO, P. P. et al. **Fatores associados a adesão a terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 22 de jul 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n7/2543-2555/>. Acesso em: 16 Jun de 2019.

DARMONT, M. **Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da TV: um estudo sócio comportamental e de acesso ao sistema de saúde**. *Cad. Saúde Pública* v. 26, n. 9, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/65N5LNzZbjLZsxQrjXjdmpN/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 20 Fev. 2022.

FARIA, E.; PICCININI, C. Maternidade no contexto do HIV/AIDS: Gestação e Terceiro Mês de vida do bebê. **Estudos de psicologia**, Campinas; v. 27, n. 2, p. 147-159; abril junho, 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/98800/000765325.pdf?sequence=1>. Acessado em: 13 Jun. 2022.

FELDMANN, K. et al. **Como proceder quando uma gestante HIV+ omite seu status ao parceiro?** *Feminina*, v. 40, n. 6, nov./dez., 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=708372&indexSearch=ID>. Acessado em: 29 Jan. 2022

FREITAS, K. **Como o vírus HIV age no organismo humano**. Médica Infectologista CRM-SP 161.392. São Paulo 2017. Disponível em: <https://www.drakeillafreitas.com.br/quem-somos/>. Acesso em: 10 Abr. 2022.

GUIMARÃES, A. C. **Dezembro Vermelho une poder público e sociedade em ações de prevenção a HIV/AIDS**. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. nov, 2017. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/noticia-impressao/5049#> Acesso em: 15 Mai. 2022.

ISOLDIL, D.; CARVALHO, F.; SIMPSON, C. A. Análise contextual da assistência de enfermagem a pessoa com HIV/AIDS. **Rev. Fund Care On-line**, v. 9 n. 1, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4119>. Acessado em: 25 Mai. 2022.

KLEINUBING, R.; PEREIRA, F.; BUBLITZ, S. Atuação da equipe de saúde com gestantes soropositivas ao HIV: desempenhando o papel da enfermagem; **Revista Contexto e saúde**; Editora UNIJUI, v.10; n. 20, jan.-jun., 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1629/1364>. Acessado em: 25 Mai. 2022.

LAMBERT, J.; NOGUEIRA, S. **Manual clínico para o acompanhamento da gestante infectada pelo HIV**. Rio de Janeiro: 3. ed. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_profilaxia_transmissao_vertical_hiv_5ed.pdf. Acessado em: 13 Mai. 2022.

LEVANDOWSKI, D. C. et al. **Experiência da gravidez em situação de seropositividade para o VIH: Revisão da literatura brasileira**. *Análise Psicológica*, v. 32, n. 3, p. 259- 277, 2014. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/575>. Acessado em: 10 Mai. 2022.

LIMA, S.S. et al. **HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério**. *Ciência & Saúde*, 2017; v. 10, n. 1, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/22695>. Acesso em: 20 Abr. 2022.

LORENZI, J.; LORENZI, V.; ZANETTE, D. **Linfócitos T CD4+ e a Resposta Imune**; *Scire Salutis*; Aquidabã, v. 2; n 1, p. 5-9, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/2316762/Linf%C3%B3citos_T_CD4_ea_resposta_imune. Acessado em: 20 Abr. 2022.

LUCENA, O. N. et al. Infecção pelo HIV-1 após acidente ocupacional, no Estado do Amazonas: primeiro caso documentado. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.44 n.5 p.646-647, set/out, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/d8Yrhdj7vhhrwBTZjNHZgp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 Mai. 2022.

MAIA, M. M. M. et al. Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, n. 9, p. 421-7, 2015.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view. Acessado em: 10 Mar. 2022.

MOIOLI, J. Como o vírus do HIV age no organismo? **Revista Super Interessante**, publicada em 8/abril/2015 atualizado em 4 jul 2018. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-o-virus-do-hiv-age-no-organismo/> Acesso em: 15 Mai 2022.

MOURA, E. L.; PRAÇA, N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.14, n.3, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tptgpy7npYPzK7KJq6wJ5qR/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 Mai. 2022.

PADOIN, S. M. M. et al. **Adesão á Terapêutica Antirretroviral para HIV/AIDS**. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS Brasil 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/33553-123209-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 Jun. 2022.

PAES, A. L. V. et al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. *Revista Internacional Interdisciplinar*, v. 10, n. 3, p. 100-09, 2017.

PENNA, L. H. G., et al. Comunicação sigilosa de sorodiagnóstico positivo para HIV à gestante pela enfermeira obstétrica. **Rev Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente**, v.3, n.1, p.2-21, 2010. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/download/21101/12575/77514>. Acessado em: 20 Mar. 2022.

PEREIRA, F. W., et al., **Atendimento em Gestantes HIV em Centros de Testagem e Aconselhamento na perspectiva dos Profissionais**; ver. *Enfermagem UFSM*, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5362>. Acessado em: 23 Mar. 2022.

RIBEIRO, et al. **Assistência de enfermagem à mãe e bebê portadores de HIV / AIDS**. Congresso Internacional de Enfermagem - CIE, Aracaju - SE, 2017. Disponível em <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/6041/2336>. Acesso em: 14 fev. 2022.

RIGONI, E. et al. **Sentimentos de Mães portadoras de HIV/Aids em Relação ao Tratamento Preventivo do Bebê**. *Psico-USF*, v.13, n. 1, p.75-83, jan./jun., 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000100010>. Acessado em: 25 Abr. 2022.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Rev Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 477-86, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>. Acessado em: 10 Jan. 2022.

RODRIGUES, S. T. C; VAZ, M. J; BARROS, S. M. O. Transmissão Vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Artigos Originais. Acta pal. Enferm.* 21 Fev. 2013. Tabuleiro dos Martins – Maceió, AL, Braasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200009> Acesso em: 17 Jun. 2022.

SAMPAIO, L. **Portadores de HIV/AIDS podem planejar a gestação sem riscos para o bebê**. GENESIS Centro de Assistência em Reprodução Humana. dez. 2018 Disponível em: <https://www.genesis.med.br/blog/portadores-de-hiv-aids-podem-planejar-a-gestacao-sem-riscos-ao-bebe/> Acesso em: 22 Mai. 2022.

SANTOS, E. F.; OKAZAKI, E. L. Fontes Jardim; Assistência de Enfermagem à Gestante Soropositiva para o HIV. **Rev. Enfermagem UNISA**, v. 13, n.1, p. 33-36, 2012. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/7190/4555/>. Acessado em: 18 Jan. 2022.

SALES W. B, et al. Perfil epidemiológico do HIV/AIDS do estado do Paraná: estudo ecológico. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, v.6, n.1, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1503>. Acessado em 28 Abr. 2022.

SILVA, H.H.F, et al. Assistência de Enfermagem a gestante HIV positiva durante pré-natal; uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. ISSN 2178-2091, v. 13, n. 5, Mai

de 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/USER/Downloads/7190-Artigo-77600-1-10-20210501%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/7190-Artigo-77600-1-10-20210501%20(5).pdf) Acesso em: 04 Set. 2022.

SILVA, J. M.; SILVA, S. F. A enfermagem e a prevenção da transmissão vertical do HIV: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar, Teresina**, v.11, n.1. 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17648%2F2317-5079>, acesso em 22 Fev. 2022.

SILVA, M.; SILVA, A.; MACHADO, W. **Assistência de Enfermagem a uma Gestante HIV soropositiva: Cuidados para os Riscos e Complicações Durante o período Perinatal**. Essentia; Sobral, v. 14, n. 2, p. 63-80, dez. 2012/maio. 2013. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/7190/4555/>. Acessado em: 03 Mar. 2022.

SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da AIDS no Brasil: análise do perfil atual. **Revista de Enfermagem UFPE On line, Recife**, v. 7, n. 10, p. 6039-8, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12233>. Acessado em 09 Mai. 2022.

SILVA, C.T.L; VASCONCELOS, K.P; ALVES, H.B. Perfil Epidemiológico de Gestantes Portadoras de HIV/AIDS no Brasil. **Revista Interdisciplinar em Saúde; Cajazeira**, v. 8, n. 1, p. 120-135, 2021. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_09_2021.pdf Acesso em: 04 Set. 2022.

SIMÕES, J. A. **Gerações, mudanças e continuidades na experiência social da epidemia de HIV-AIDS, 2018**. Sexualidade, Saúde e Sociedade (Rio de Janeiro). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/D5wkB3DYdbnGqM99CK6vtvB/?lang=pt>. Acessado em: 03 Mar. 2022.

SOUZA, C. P. et al. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. *Rev. Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754104027_5.pdf. Acessado em: 26 Mai. 2022.

TELELAB. MINISTERIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de HIV**. 2014. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22163/mod_resource/content/2/HIV%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf Acesso em: 18 Abr. 2022.

VAZ, M.; BARROS, S. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**; v. 8; n. 2, p.41-46; abril; Ribeirão Preto: 2010. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/ESP/ESP03/CHAVES-luana-maria-vital.pdf>. Acessado em: 30 Jan. 2022.

VILLELA, W. V; LAURINDO, T. L; TEIXEIRA, P. R. **Histories of AIDS in Brazil, 1983 - 2003**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PbtL7W94WfCn5CbWtKdgK8h/?lang=pt>. Acessado em: 29 Mar. 2022.

VINHAS, D. et al. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 6; n. 1, p. 16-24, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/803/913>. Acessado em: 30 Abr. 2022.

Anexo I

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 Agravo/doença GESTANTE HIV		Código (CID10) Z 21	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-ignorado 10- Não se aplica				
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso				
Ant. epid. mãe/ HIV	31 Ocupação		32 Evidência laboratorial do HIV: 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto		
	Pré-Natal				
Dados Pré-Natal	33 Fez/ Faz pré-natal 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	34 UF	35 Município de realização do Pré-Natal		Código (IBGE)
	36 Unidade de realização do pré-natal:				Código
	37 Nº da Gestante no SISPRENATAL	38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia	
Parto					
Dados Parto	40 UF	41 Município do local do parto		Código (IBGE)	
	42 Local de realização do parto:				Código
	43 Data do parto:	44 Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica			
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	46 Evolução da gravidez: 1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica			
	47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado				
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função		Assinatura	

Gestante HIV +

Sinan NET

SVS 17/07//2006