

**FACULDADE UNIÃO DAS AMÉRICAS
CURSO DE FARMÁCIA**

**LOURENÇO DE MIRANDA
ELISSON FURLAN FIGUEIREDO**

**PREVALÊNCIA DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV E TRANSMISSÃO
VERTICAL, NO PERÍODO DE 2009 A 2013 NO BRASIL**

Foz do Iguaçu
2016

Prevalência de Gestantes infectadas pelo HIV e Transmissão Vertical, no período de 2009 a 2013 no Brasil

Lourenço de Miranda

Artigo apresentado ao curso de Farmácia da Faculdade União das Américas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Elisson Furlan Figueiredo

Foz do Iguaçu
2016

FACULDADE UNIÃO DAS AMÉRICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA

Prevalência de Gestantes infectadas pelo HIV e Transmissão Vertical, no período de 2009 a 2013 no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel, no curso de Farmácia da Faculdade União das Américas.

BACHAREL NO CURSO DE FARMÁCIA

Por:

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: _____

Prof. Dr. Elisson Furlan Figueiredo
Faculdade União das Américas

1º Avaliador: _____

Prof. Msc. Fernando Augusto de Freitas
Faculdade União das Américas

2º Avaliador: _____

Prof. Msc. Aline Preve da Silva
Faculdade União das Américas

NOTA: _____

Aprovado **Aprovado com restrições** **Reprovado**

Profa. Dra. Rutinéia de Fátima Micheletto
Coordenador do Curso de Farmácia

Foz do Iguaçu, 12 de dezembro de 2016.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gestantes infectadas pelo HIV no Brasil por região.....	12
Gráfico 2 – Gestantes infectadas pelo HIV na região Sul	15
Gráfico 3: Casos de AIDS identificados no Brasil, segundo região de residência em menores de 1 ano	16
Gráfico 4: Casos de AIDS identificados na região Norte, segundo UF de residência em menores de 1 ano.	Erro! Indicador não definido.

SUMÁRIO

RESUMO.....	VI
1 INTRODUÇÃO	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
3 METODOLOGIA	10
4 MATERIAIS E INSTRUMENTOS.....	11
5 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	11
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	12
6.1 TAXA DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV NO BRASIL, POR REGIÃO... 12	
6.2 TAXA DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV NA REGIÃO SUL	15
6.3 CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS NO BRASIL EM MENORES DE 1 ANO	16
6.4 CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS NO BRASIL EM MENORES DE 1 ANO NA REGIÃO NORTE	18
6.5 CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS AOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
7 CONCLUSÃO	21
8 REFERÊNCIAS.....	23

RESUMO

AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma das doenças que mais causa danos à Saúde Pública, e a TV (transmissão vertical) do HIV (vírus da imunodeficiência humana) representa a principal via de infecção de crianças. O objetivo deste estudo foi conhecer a prevalência de gestantes infectadas pelo HIV no Brasil e o número de casos de AIDS em menores de 1 ano. Os dados foram obtidos no Boletim Epidemiológico de 2014 e no site de tabulação de dados da AIDS do Ministério da Saúde. Foi possível concluir que a região Sul foi a que manteve a maior prevalência de gestantes com HIV + e provavelmente é em decorrência à alta taxa de detecção de AIDS na população em geral nesta região. E a região Norte foi a que aumentou o número de casos de AIDS em menores de 1 ano, as outras 4 regiões do Brasil conseguiram reduzir a taxa de transmissão vertical.

Palavras-chave: HIV; Grávidas Soropositivo; Transmissão Vertical, Prevalência do HIV.

1 INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma das doenças que mais causa danos à Saúde Pública, e a transmissão vertical (TV) do HIV (vírus da imunodeficiência humana) representa a principal via de infecção de crianças e é um grave problema psicossocial, econômico e familiar.

É importante conhecer a conduta disponível para prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDS e se ela é eficaz e também conhecer o percentual de tratamento bem sucedido, com objetivo de reduzir o número de crianças infectadas pelo HIV. É importante saber se as jovens soropositivas que pretendem ter filhos conhecem qual conduta deve ser adotada para evitar a transmissão vertical (também chamada de transmissão materno-infantil), assim evitando que seus futuros filhos adquiram a doença da própria mãe.

Com este trabalho espera-se conhecer qual a prevalência de gestantes soropositivas nas regiões e nos Estados do Brasil e conhecer o número de casos em que houve a transmissão do vírus para os bebês expostos. Assim, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre esse assunto, a partir da utilização de chaves de recuperação de documentos compostas da seguinte forma: vírus da AIDS na gravidez, programa de prevenção da transmissão vertical (TV), prevalência do HIV em gestantes, prevalência da transmissão vertical do HIV.

Foram analisadas as bases de dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) do ano de 2014, dados do site da AIDS do Ministério da Saúde e artigos científicos reunindo as informações relevantes para a descrição da evolução da prevalência do HIV em grávidas e TV.

O texto está organizado em cinco seções, sendo a primeira delas esta introdução e a última as conclusões. A segunda seção, da fundamentação teórica, mostra o conceito do HIV, formas de transmissão e as fases da infecção. Ainda na fundamentação, são apresentadas formas de prevenção da transmissão vertical, conduta da equipe de saúde no pré-natal, parto e puerpério, além das maneiras de transmissão vertical: via placenta, no parto ou no aleitamento materno. Finalizando os marcos teóricos, destaca-se a importância do correto acompanhamento de pré-natal e do TARV (tratamento antirretroviral) para prevenção do HIV nos recém-nascidos. A seção três descreve a metodologia de pesquisa em fontes secundárias utilizada nesse estudo e a quarta apresenta a análise e discussão dos resultados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O vírus da imunodeficiência humana é do gênero Lentivirus, da família Retroviridae. A morfologia do vírus é composta por subunidades de superfície que interagem com a subunidade de transmembrana através de ligações não-covalentes. O vírus é uma esfera com 100 nm com uma cápsula consistindo de uma membrana lipídica através da qual salientam-se glicoproteínas. O núcleo do vírus contém o RNA genômico e a transcriptase reversa. (FERREIRA, 2001)

A patogenicidade do HIV se dá devido a fixação da glicoproteína espicular (gp 120) do vírus ao receptor CD4 da célula-alvo. Os co-receptores de quimiocinas mais conhecidos são os CCR5 e CXCR4. Outras células que carregam CD4 são os macrófagos e os monócitos. Na célula hospedeira, o RNA viral é liberado e transcrito em DNA pela enzima transcriptase reversa. Esse DNA do vírus se integra ao DNA cromossômico da célula hospedeira. Algumas células infectadas por HIV, tornam-se células T de memória de vida longa, onde o reservatório de HIV latente pode permanecer por décadas. (TORTORA, 2012).

As formas de transmissão do vírus são através do contato sexual, homossexual ou heterossexual; pelo sangue e derivados: receptores de sangue, usuários de drogas injetáveis ou acidentes ocupacionais; da mãe infectada para seu filho, por via intraparto, perinatal ou amamentando; transplante de órgãos, inseminação artificial (FERREIRA, 2001; TORTORA, 2012). A epidemia da AIDS vem apresentando uma mudança no padrão, atingindo cada vez mais jovens e mulheres (BRASIL, 2014).

Segundo a estimativa de prevalência de HIV em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de cerca de 12 mil casos por ano. Em 2013, 59,9% dos casos esperados foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). (...) A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento estatisticamente significativas nos últimos 10 anos; em 2004, a taxa foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, a qual passou para 2,5 em 2013. (BRASIL, 2014, p. 9).

O risco de transmissão do HIV no coito heterossexual desprotegido pode variar, dependendo do estado da doença, da carga viral e da presença ou ausência de outras DSTs. Por isso, para concepção através do sexo habitual, casais

sorodiscordantes devem abster-se do uso de preservativo somente no período fértil feminino. Associando-se uma avaliação da carga viral e da contagem de linfócito T CD4, que devem estar abaixo de 30000 cópias/ml e acima de 500 células/mm³, respectivamente. Com esse requisitos, obtem-se um baixo risco de transmissão do HIV para o parceiro soronegativo, em caso de relação desprotegida. As mulheres com HIV podem tentar a autoinseminação, injetando o sêmen na vagina no período de ovulação. Também é possível, mas não tão acessível, as técnicas de reprodução assistida (EVANGELISTA, 2011).

Para prevenir a transmissão vertical do HIV, deve-se seguir o Protocolo para prevenção da transmissão do HIV, baseando-se no ACTG 076 (AIDS Clinical Trial Group), que se compreende nas seguintes recomendações: realizar o exame anti-HIV no pré-natal, tratamento antirretroviral (TARV) na gestação com início a partir da 14ª semana de gestação, no trabalho de parto e parto, para o recém-nascido por até 6 semanas de vida e não oferecimento de leite materno, com intuito de reduzir a transmissão vertical do HIV para 1 a 2% (LAMBERT, [s.a.]). Se não for realizada nenhuma intervenção, a probabilidade de ocorrer TV pode ser até 25,5% (VIEIRA et al, 2011). Estima-se que 30% das crianças nascidas de mães HIV positivo não tratadas tornam-se infectadas na gestação, durante o trabalho de parto, parto ou através da amamentação (JIMENEZ et al, 2005). Cavalcante +(2004), refere que as mulheres com diagnóstico tardio (parto ou pós-parto) perderam todas as oportunidades da realização da profilaxia, com isso sobem as chances de TV. Segundo Jimenez et al (2005), no pré-natal deve-se solicitar o teste anti-HIV na primeira consulta, juntamente com aconselhamento pré e pós teste anti-HIV. Ao final da gravidez, o teste rápido é preconizado para as grávidas que estão em trabalho de parto e que não realizaram testes para HIV no pré-natal ou o resultado não está disponível.

Na gravidez em portadoras do HIV, a transmissão ocorre principalmente se houver carga viral elevada, durante o parto pelas secreções cérvico-vaginais e na lactação pelo aleitamento materno. (JIMENEZ et al, 2005). Segundo Fernandes (2005) têm sido reconhecidos na transmissão vertical do HIV além da carga viral materna: o genótipo e o fenótipo virais; o estado clínico das gestantes; a presença de DST (doenças sexualmente transmissível) e outras co-infecções; o uso de drogas injetáveis.

Se o diagnóstico do HIV só é descoberto na gravidez, deve-se instruir a gestante, explicando a importância da terapia antirretroviral (TARV) para a mãe e seu bebê e a importância de não amamentar. É realizada quimioprofilaxia para gestantes soropositivo com Zidovudina (AZT) via intravenosa, 3 horas antes do parto cesárea, ou desde iniciar o trabalho de parto, até clampar o cordão umbilical. Mesmo que a parturiente não tenha recebido a zidovudina, deve-se administrar o AZT o mais breve possível no recém-nascido (até 24 horas depois de nascer). Caso o diagnóstico foi conhecido no momento do parto, iniciar nas primeiras 8 horas após o nascimento (JIMENEZ et al, 2005).

A via de parto deve ser escolhida conforme a condição obstétrica e/ou carga viral. Se a carga viral é < que 1000 cópias/ml, indica-se parto vaginal, a menos que tenha indicação obstétrica para uma cesárea. Se a carga viral é > ou = a 1000 cópias/ml ou desconhecida e as membranas amnióticas íntegras, indica-se cesárea eletiva. (JIMENEZ et al, 2005).

3 METODOLOGIA

O estudo desenvolvido está organizado em duas etapas. A primeira seguiu os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica. Foi realizada a partir de material publicado no formato de livros, publicações avulsas e periódicos, disponíveis online e na forma impressa (LAKATOS, 2011).

O levantamento dos quadros teóricos teve como objetivo permitir o estudo e o aprofundamento dos conceitos a cerca de gestantes soropositivo e transmissão vertical do HIV.

A segunda etapa constituiu da pesquisa com dados secundários. A pesquisa destes dados foi realizada nas estatísticas oficiais. Estas estatísticas são compostas de informações coletadas e compiladas por órgãos do governo. Ao serem compiladas, seguem diretrizes internacionais.

Tais estatísticas mencionadas no parágrafo anterior, são metodologicamente denominadas de dados secundários. Por dados secundários entende-se os que foram produzidos ou coletados com outra finalidade que não a do estudo em desenvolvimento. Neste caso com gestantes com HIV e transmissão vertical. Para trabalhar com essas informações não há necessidade de pedir permissão para utilizar ou citar as estatísticas oficiais publicadas (VIEIRA, 2001).

Assim, a partir da primeira etapa com a pesquisa teórica e a apropriação dos conceitos, a pesquisadora contou com um reforço paralelo por meio de análise do banco de dados oficiais com os registros sobre a AIDS. Foram estudadas as informações constantes no boletim epidemiológico. Ambos, banco de dados e boletim, foram publicados e são de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS). Esses estudos sobre estes dois ferramentais de informação (banco e boletim) é a investigação sobre os dados secundários.

4 MATERIAIS E INSTRUMENTOS

Um dos materiais utilizado foi boletim publicado em 2014. Também foram usados softwares: Software de Tabulação de dados TabNet para a manipulação do banco de dados no Site da AIDS e Planilha Eletrônica Excel.

Para obter dados para os gráficos de “Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo UF e região de residência por ano de parto, 2009-2013”, foi consultada a Tabela 1 do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2014.

Para obter dados para os gráficos do número de “Casos de AIDS identificados no Brasil em faixa etária menor de 1 ano, 2009-2013”, foi consultado o site da AIDS do Ministério da Saúde, para tabulação de dados (TabNet Win32 2.4).

5 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Para obter os dados da pesquisa, seguindo a organização das duas etapas de estudo, uma em quadros teóricos e a outra em bases de informação publicadas por órgão governamental, as etapas abaixo foram executadas:

Primeira etapa: Identificação do tema: HIV em grávidas; definição do problema: as taxas de transmissão vertical do vírus da AIDS. Formulação da pergunta: as taxas de transmissão vertical estão menores que 2%? Definição dos descritores: HIV, grávidas soropositivo, transmissão vertical, prevalência do HIV. Definição dos sites de busca: *Google Scholar*, onde artigos científicos sobre a temática foram recuperados nas bases de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE.

Segunda etapa: Análise dos dados do Boletim Epidemiológico do MS de 2014 das grávidas de todos os Estados brasileiros, com a notificação da taxa de

gestantes infectadas pelo HIV nos anos entre 2009 e 2013. Análise dos dados sobre casos de AIDS em menores de 1 ano, ocorridos entre 2009 e 2013 com dados obtidos no site de tabulação de dados da AIDS do MS, os dados são provenientes do SINAN.

Terceira etapa: Categorização das informações citadas na segunda etapa e confecção dos gráficos: Brasil por região e da região por Estado da região que apresentou maior taxa de gestantes infectadas pelo HIV. Também de casos de AIDS identificados no Brasil em menores de 1 ano, sendo um gráfico do Brasil por região e o da única região que teve elevação no número de casos nos anos entre 2009 e 2013.

Quarta etapa: Análise dos resultados e discussão sobre a evolução da prevalência do HIV em gestantes no Brasil e da evolução de casos de AIDS em menores de 1 ano no Brasil.

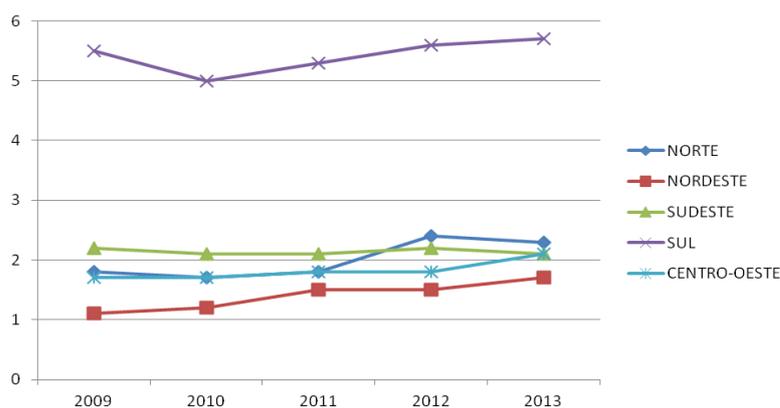
Quinta etapa: Comparação entre a evolução das taxas de grávidas com HIV e a evolução do número de casos de AIDS em menores de 1 ano nos Estados e regiões.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 TAXA DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV NO BRASIL, POR REGIÃO

O gráfico a seguir representa o número de “Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo região de residência por ano de parto, 2009-2013”, obtidos do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2014.

Gráfico 1: Gestantes infectadas pelo HIV no Brasil por região



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, MS – 2014, p. 24

Nota: (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo região de residência por ano de parto

No Brasil, na região Sul se destaca em primeira posição e é a que apresenta maior taxa em todo o período observado, variando de 5 a 5,7 casos por 1000 nascidos vivos. A região Sudeste manteve o mesmo nível que estava em 2009 no ano de 2013. A região Norte apresentou aumento de 1,8 em 2009 para 2,3 em 2013. A região Nordeste apresentou menor taxa ao longo de todo o período pesquisado, subindo de 1,1 até 1,7 em 2013. A região Centro-oeste, teve pouco aumento: de 1,7 para 2,1. Apenas a região Sudeste não apresentou elevação da taxa de detecção do vírus HIV em gestantes, as demais regiões tiveram elevação na taxa. Possivelmente o aumento da taxa é devido ao aumento de teste para triagem do vírus HIV no pré-natal e parto, além do aumento de testes para triagem na população em geral.

Na região Centro-oeste, na dissertação de Botelho (2008), 351 das 153857 gestantes triadas foram reagentes pela técnica utilizada apresentando uma prevalência de 2,28% por mil, no período de 2004 a 2007 no Programa Nacional de Triagem Neonatal do Estado do Mato Grosso do Sul. Também no MS, observou-se a ocorrência de infecção pelo HIV em 0,2% (71) das 32512 gestantes submetidas a triagem realizada pelo Programa de Proteção à Gestante (PPG) de 2002 a 2003. (FIGUEIRÓ-FILHO, 2005).

De acordo com o resultado do trabalho de Ydy (2009), em Cuiabá – MT, das 2110 puérperas testadas, 0,8% (17) tiveram resultado positivo para o vírus HIV. A população pesquisada era de 3 maternidades públicas ou conveniadas com o SUS.

Um valor de prevalência elevada teve na maternidade do Hospital das Clínicas da UFG – Góias que atende pacientes com gestação de alto risco, em 1173

gestantes atendidas, 1,53% (18) foram positivas para HIV, no trabalho de Granato et al (2014), pesquisa realizada entre 2012 e 2013.

Na região Sudeste, no Estado do Rio de Janeiro, em um estudo realizado por Fernandes (2005), havia 44 crianças expostas à TV pelo HIV e 3 foram infectadas, sendo 6,8% de infecção pelo HIV confirmada. Quanto à prevalência, em gestantes testadas na rede pública de Campos dos Goytacazes, 0,5% teve soropositividade em 2013.

Enquanto na cidade de Vitória (ES) a prevalência de HIV em gestantes no estudo de Vieira et al (2011), no período entre 2000 e 2006 foi 0,44% das 30854 gestantes. Foram notificados 14 casos de crianças infectadas pelo HIV por TV das 137 gestantes infectadas, porém de 7 crianças as mães não tinham sido notificadas. Também na região Sudeste, conforme o trabalho de Miranda et al (2009), realizado em parturientes que buscaram atendimentos nas três maternidades públicas de Vitória, a prevalência de HIV foi de 0,6%.

Câmara (2014), que estimou a soroprevalência de HIV em gestantes em Caxias – MA, com 561 gestantes atendidas de 2011 a 2012, encontrou como resultado a positividade para HIV em 0,4% das grávidas.

Em uma pesquisa em Sergipe sobre a soroprevalência de HIV buscando associação com idade e procedência, encontrou-se 0,14% de soropositividade para HIV, sendo que na capital Aracaju a prevalência foi de 0,14% e nos 74 municípios foi de 0,17%, indicando a interiorização da epidemia no Estado. Porém consideraram que devido ao fato de gestantes sergipanas HIV+ realizarem pré-natal em centro de referência e não serem incluídas nos programas de triagem pré-natal rotineiro, provavelmente a prevalência detectada estivesse subestimada em relação à verdadeira prevalência. (INAGAKI, 2009)

No estudo realizado entre gestantes do Serviço de Pré-natal das 12 unidades de PSF de Campina Grande – PB, por Andrade (2003), foram incluídas 386 gestantes, das quais 1% apresentou sorologia positiva para HIV. A autora sugere um conceito para as causas da epidemia da AIDS em mulheres no Brasil, consequentemente em grávidas:

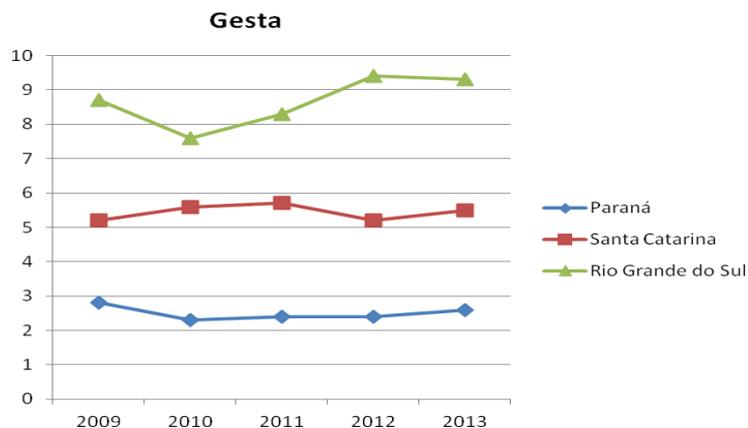
Os dados observados estão em concordância com o quadro epidemiológico atual da infecção pelo HIV/AIDS no Brasil relativos aos fenômenos da interiorização, pauperização e feminização da epidemia, onde estas condições socioculturais são mais precárias, sobretudo no

Nordeste, e onde também a condição de submissão sociocultural e econômica da mulher é mais evidente (ANDRADE, 2003, p. 33)

6.2 TAXA DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV NA REGIÃO SUL

Como visto, a região Sul esteve em primeira posição e foi a que apresentou maior taxa em todo o período observado, devido a isso, enfatizou-se discutir sobre os seus 3 Estados:

Gráfico 2 – Gestantes infectadas pelo HIV na região Sul



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, MS – 2014, p. 24
 Nota: (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo UF de residência por ano de parto.

A Gráfico 2 mostra os resultados dos Estados da região Sul do país, que é onde teve maior índice de gestantes com HIV por 1000 nascidos vivos, em relação às outras regiões do Brasil conforme mostrado na Gráfico 1. Os valores permaneceram semelhantes ao decorrer do período pesquisado, ficando o Rio Grande do Sul em primeiro lugar com 8,7 em 2009 para 9,3 em 2013, Santa Catarina em segunda posição, com 5,2 em 2009 para 5,5 em 2013 e Paraná em última posição: 2009 eram 2,8 e em 2013 reduziu para 2,6.

Resultado semelhante foi obtido no estudo com base nos atendimentos de 8002 gestantes que realizaram testes anti-HIV em algum Centro de Testagem e Aconselhamento, residentes em 27 municípios do Sul do Brasil, que teve como prevalência da infecção pelo HIV na amostra estudada em 0,5%. Porém, haviam sido excluídas da contagem as gestantes encaminhadas ao serviço por apresentarem sintomas sugestivos de AIDS. (DA SILVA, 2007).

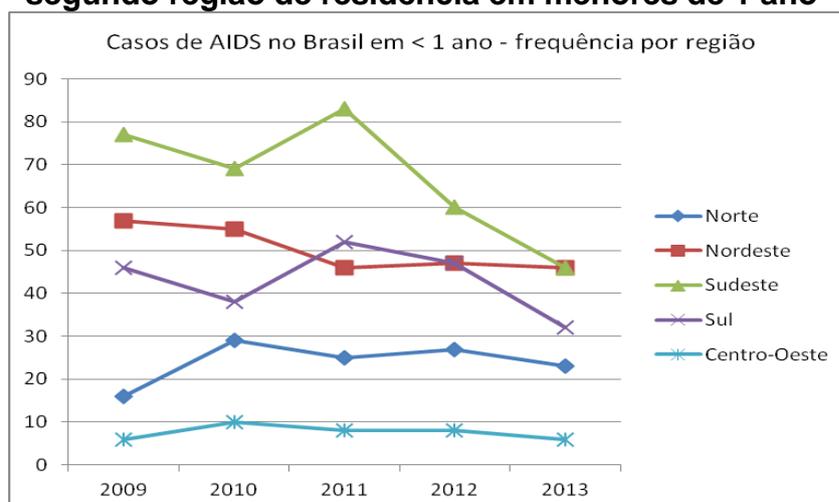
A prevalência foi maior no estudo de Kupek (2012) realizado em Itajaí - SC, onde foram analisadas 15098 gestantes; a prevalência das infecções virais foi de 1,7% para HIV e a TV do HIV foi de 6,28% no total. Com o resultado desse estudo, pode-se observar que a TV do HIV foi de 5% quando o HIV foi diagnosticado antes ou durante a gravidez e quando o diagnóstico foi feito durante ou após o parto a TV ficou entre 20% a 55%, o que indica que aumentam as chances de prevenir a TV quanto mais cedo for o diagnóstico.

Realizou-se um estudo que levantou os resultados de 1543 gestantes de 29 municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná, apenas os resultados de exames realizados no primeiro atendimento pré-natal foram incluídos. “Do total de gestantes incluídas, 1508 foram submetidas ao teste anti-HIV e 0,3% (4) tiveram o resultado reagente” (FEREZIN, 2013, p. 68). O valor da prevalência é equivalente ao do Estado do Paraná, no quinquênio pesquisado no Boletim Epidemiológico de 2014.

6.3 CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS NO BRASIL EM MENORES DE 1 ANO

O gráfico a seguir representa o número de “Casos de AIDS identificados no Brasil em faixa etária menor de 1 ano, 2009-2013”, obtidos do site da AIDS do Ministério da Saúde, para tabulação de dados (TabNet Win322.4).

Gráfico 3: Casos de AIDS identificados no Brasil, segundo região de residência em menores de 1 ano



Fonte: (BRASÍLIA, 2014)

No gráfico 3, mostra o número de casos de AIDS em menores de 1 ano nas regiões do Brasil, vê-se que na região Nordeste, Sudeste e Sul os valores reduziram

ao longo do período pesquisado. Em 2009 eram 77 no Sudeste, 57 no Nordeste e 46 no Sul, ficando Nordeste e Sudeste com valores iguais em primeira posição (46) em 2013 e Sul em segunda posição em 2013 (32). No Centro-oeste, foi onde teve menor índice no período, eram 6 em 2009, aumentou para 10 em 2010 e reduziu para 6 em 2013. A única região que teve elevação no número de casos foi a região Norte, que aumentou de 16 em 2009 para 23 em 2013, ficando na quarta posição no final de 2013.

Em uma análise para prevenção vertical do HIV no Mato Grosso do Sul, por Esteves (2009) foram triadas 153857 gestantes, sendo 301 delas soropositiva para HIV, perfazendo uma prevalência de 0,20%. Entre as gestantes triadas pelo Programa de Proteção à Gestante e as não triadas a TV foi estimada de 1,22% no MS de 2004 a 2007, valor abaixo de 2% demonstrando que a TV estava dentro do esperado, quando usado o TARV.

Em Porto Alegre – RS, Torres (2007) relatou um estudo em 397 casos de gestantes com HIV notificadas em 2002. Das crianças de mães soropositivos, 2,8% foram infectadas por TV, porém 17% não deram continuidade ao acompanhamento. “Segundo dados da vigilância em saúde de Porto Alegre, nos anos de 2002 e 2003, um percentual de 3% dos nascidos vivos foi exposto ao HIV durante a gestação ou parto, sendo investigadas uma média de 500 gestantes HIV positivas por ano” (BARCELLOS et al, 2006, p. 929). Nestes dois trabalhos, os resultados perto de 2% indicou um bom controle da TV do HIV.

Resultado menor no mesmo Estado, foi relatado por Diehl (2010), que encontrou um caso de criança infectada por TV (0,7%) em uma população de 139 gestantes portadoras do HIV atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria – RS, onde duas gestações estudadas foram gemelares, o total de recém-nascidos foi 141. Neste estudo, 41 pacientes que tinham conhecimento da soropositividade para o HIV, 24,4% delas possuíam filhos infectados, enquanto 43,9% desconheciam a sorologia dos mesmos.

No trabalho de Cavalcante et al (2004) em Fortaleza - CE, com 138 grávidas infectadas, até o final do estudo a situação das crianças expostas ao HIV era: 37% não procuraram manter o acompanhamento, 34,8% tinham o diagnóstico indeterminado, 23,2% tinham o diagnóstico de soronegativo e 5,1% soropositivo (7 crianças), cujas mães ou tiveram diagnóstico pós-parto ou não fizeram todas as etapas do TARV. O percentual de TV foi alto e o resultado positivo para HIV ainda

poderia aumentar nessa amostra, devido às que tinham diagnóstico indeterminado e as que não retornaram para serem acompanhadas.

Conforme pesquisa realizada por Neto (2009) no Hospital Universitário da UFPB no Estado da Paraíba com 209 grávidas HIV+ que haviam sido acompanhadas, não houve criança alguma infectada com o uso de TARV combinada durante o pré-natal e AZT durante o parto. Já com o PACTG 076, durante o pré-natal e parto, duas crianças foram infectadas, ou seja, 0,95% de TV do HIV nesta amostra.

No trabalho de Romanelli (2006), em Belo Horizonte (MG) a taxa de TV foi zero, entre 85 mulheres com 90 gestações. Na Maternidade Therezinha de Jesus, da UFJF, em Juiz de Fora – MG, 711 pacientes participaram do estudo de Pereira (2011) e foram identificados 10 pacientes com teste reativo para HIV (1,4%), sendo que oito delas, foram diagnosticadas somente no momento do parto. Concluiu-se que a falta de resultados disponíveis no momento do parto e o não agendamento das cesarianas em caráter eletivo foram os fatores que facilitam a TV do vírus.

Em um estudo realizado por Fernandes (2010) com 3692 gestantes atendidas anualmente no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) de Campos dos Goytacazes - RJ, resultou em uma taxa de TV do HIV de 6 bebês infectados, sendo 7,7%, valor tão alto foi devido ao diagnóstico pós-parto.

Com exceção do resultado da TV encontrado por Cavalcante et al (2004) em Fortaleza e Fernandes (2010) em Campos dos Goytacazes, os resultados encontrados nos artigos citados estão próximo a 2%, mostrando que a TV do HIV estava controlada nas pesquisas citadas.

6.4 CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS NO BRASIL EM MENORES DE 1 ANO NA REGIÃO NORTE

Como a região Norte foi a única que teve elevação no número de casos de AIDS em menores de 1 ano de 2009 a 2013, detalhou-se a seguir o número de casos em todos os seus sete Estados:

No gráfico 4 pode-se observar que no Estado do Amazonas foi onde apresentou maior índice ao final do período, mais que dobrando o número de casos que tinha em 2009, foi de 6 para 13 casos. No Pará, ao final de 2013, tinha a segunda posição e em relação à 2009, o resultado foi o mesmo (6), porém com oscilação nos anos de 2010 e 2012. O Estado do Amapá terminou em terceira posição em 2013, com 3 casos. Nos demais Estados, em alguns anos o número de casos identificados foi zero, dificultando uma melhor comparação, apresentaram valores menores ou igual a dois.

A prevalência da soropositividade para HIV em gestantes no estudo de Sanz (2008), foi de 0,7% (8) das 1151 gestantes, o estudo foi no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em Belém.

Conforme a pesquisa de Menezes et al (2013) com 770 grávidas infectadas pelo HIV atendidas na Fundação Santa Casa da Misericórdia do Pará (FSCMPA), onde foram realizados 41157 partos, apresentou a casuística considerada como a maior do Norte do país, resultando numa prevalência de 1,87% de gestantes com HIV. Menezes cita que os municípios paraenses apresentam dificuldades no atendimento especializado as gestantes de alto risco, como infraestrutura centralizada e deslocamento de pacientes do interior para a capital.

Os resultados destes estudos de Sanz e Menezes resultaram no alto índice de casos de AIDS em menores de 1 ano identificados no Pará, como demonstrado no gráfico acima.

Segundo os resultados da pesquisa realizada na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM) por Martinez-Espinosa (2010), a amostra de grávidas tinha a prevalência de 0,6% para a infecção pelo HIV. E Soeiro (2011), pesquisou prontuários das gestantes na Maternidade de Manaus e foram notificadas 509 gestantes HIV positivas, sendo a taxa de TV de 9,9%, este foi um valor alto, que colaborou para que o Estado do Amazonas ficasse em primeira posição entre os Estados da região Norte no número de casos de AIDS em menores de 1 ano.

Não encontrou-se pesquisas sobre TV do HIV nos demais Estados do Norte. Como apresentado no gráfico, no quinquênio analisado houve identificação de 0 caso de AIDS em menores de 1 ano em cinco Estados. Se houve casos de TV, o diagnóstico e identificação foi na depois de 1 ano.

6.5 CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS AOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Recomenda-se consultar o anexo I, com quatro gráficos referentes à taxa de gestantes com HIV nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-oeste, para conhecer a evolução da prevalência de HIV em gestantes nas demais regiões do país, no período de 2009 a 2013.

Também indica-se observar o anexo II, com quatro gráficos que demonstram o número de casos de AIDS em menores de um ano nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste, para conhecer a evolução da prevalência de AIDS em menores de um ano nas regiões que não constam no corpo do artigo.

7 CONCLUSÃO

É importante conhecer a ocorrência de HIV em mulheres em idade fértil para facilitar a conduta de prevenção do vírus em gestantes e conseqüentemente evitar que seus futuros filhos não adquiram o vírus de suas mães.

Considera-se importante informar para mulheres portadoras do HIV e sem filhos dos seus direitos reprodutivos, no caso de pretender ter filhos, para planejar conceber quando estiver com a saúde em dia, com baixa carga viral e alto nível de CD4, oferecendo condições adequadas para ela mesma e seu bebê. E quanto às grávidas com HIV, após o parto deve-se dar uma especial atenção no planejamento familiar e métodos contraceptivos, principalmente das mais jovens com desejo de ter mais filhos, pois elas colaboram para manter elevada a taxa de HIV na gestação.

A taxa de transmissão vertical gira em torno de 20%, conforme detalhado na fundamentação teórica, sem qualquer intervenção. No entanto, esta taxa pode diminuir até 1% com o uso de TARV, cesariana eletiva e substituição do aleitamento materno. Estes dados mostram quão necessários é o investimento das políticas públicas a favor de uma maior adesão das gestantes ao pré-natal, considerando que o uso da medicação disponível possibilita, com grande eficácia, a prevenção da transmissão do vírus às crianças e a manutenção da saúde das próprias gestantes.

As gestantes que tem o diagnóstico de HIV+ antes da gravidez têm menos riscos de transmitir o vírus, devido ao seu planejamento e provavelmente esteja em TARV, com carga viral e imunidades adequadas, com conhecimento quanto à transmissão vertical e consciência da importância de manter o tratamento durante a gravidez; assim, as chances de TV diminuem consideravelmente. Enquanto as mães que descobrem a soropositividade só na hora do parto, tem menos tempo de realizar todas as etapas do tratamento de prevenção da TV, aumentando as chances de transmitir para seu filho e denunciando também a precariedade dos exames de triagem realizados no pré-natal ou a falta de acompanhamento pré-natal.

Na análise por regiões do país, a taxa de detecção de gestantes com HIV diminuiu somente na região sudeste (as demais regiões tiveram elevação na taxa), enquanto o número de casos de AIDS em menores de 1 ano, diminuiu no Nordeste, no Sudeste e na região Sul e permaneceu o mesmo no Centro-oeste. Indicando que apesar de aumentar as grávidas com o vírus, a conduta para prevenção da TV foi eficaz e diminuiu o número de casos de AIDS em menores de 1 ano na maioria das

regiões, ou o diagnóstico só foi possível depois de 1 ano de idade. Somente na maior região do país (Norte), o número de casos de AIDS em menores de 1 ano aumentou, provavelmente devido à dificuldade de acesso ao local do atendimento, menor possibilidade de acesso para diagnóstico precoce e TARV adequado na gravidez e puerpério; além de preconceito social e familiar; e também o Estado do Amazonas é o segundo Estado em detecção de casos de AIDS por habitante até 2013.

Quanto à alta prevalência de gestantes com HIV + na região Sul, acredita-se que é em decorrência à alta taxa de detecção de AIDS na população em geral. Segundo o Boletim Epidemiológico do MS de 2014, a região Sul se manteve em primeira posição na taxa de detecção de AIDS nos últimos dez anos, além disso, o Rio Grande do Sul é o primeiro Estado e Santa Catarina é o terceiro em detecção de AIDS por habitante até 2013.

A partir desta pesquisa, indica-se como continuidade dos estudos uma pesquisa sobre: “As gestantes diagnosticadas com HIV atendem à recomendação de não oferecer o aleitamento materno aos seus recém-nascidos”. Priorizando àquelas que foram diagnosticadas no parto e não tiveram oportunidade de realizar o TARV e planejavam amamentar seu bebê. Outra sugestão é o acompanhamento pré-natal do parceiro sexual (futuro pai) da grávida HIV+, afim de não haver contaminação via sexual no pós-parto e consequentemente TV via aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Jacy e BARBOSA, Sonia Maria. Soroprevalência de HIV em gestantes acompanhadas pelo programa saúde da família de Campina Grande, Paraíba. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Paraíba, v. 27, n. 1-2, p. 28-37, 2003.
- BARCELLOS, Christovam. et al. Estimativa da prevalência de HIV em gestantes por análise espacial, Porto Alegre, RS. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 928-930, 2006.
- BOTELHO, Carlos Augusto de Oliveira. **Prevalência dos agravos triados no programa de proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007**. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3814/1/2008_CarlosAugustodeOliveiraBotelho.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS**, Brasília. Ano III, nº 01, 2014.
- BRASÍLIA. Ministério da Saúde. DST-AIDS (Org.). **Dados de AIDS no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br>>. Acesso em: 1 out. 2015.
- CÂMARA, Joseneide Teixeira. **Prevalência de infecções de transmissão vertical: toxoplasmose, rubéola, hepatite B, sífilis, infecção pelo citomegalovírus e pelo vírus da imunodeficiência humana em gestantes atendidas em Caxias, Maranhão**. 168 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Tropical e Saúde Pública, Instituto de Patologia Tropical, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4342/5/Tese - Joseneide Teixeira Câmara - 2014.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.
- CAVALCANTE, Maria do Socorro et al. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. **RBGO**, v. 26, n. 2, p. 131-138. 2004.
- DA SILVA, Sônia Baptista; et al. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. Supl 2, p. 101-8, 2007.
- DIEHL, Felipe Polgati; et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 4, p. 184-90, 2010.
- EVANGELISTA, D. R. e MOURA, E. R. F. Planejamento familiar de mulheres portadoras de HIV/AIDS. **REME Revista Mineira de Enfermagem**; v.15 n.3, pp. 386-393, jul./set., 2011.

ESTEVEES, João Paulo Barcellos. **Transmissão vertical do HIV: análise dos investimentos públicos e resultados com diagnóstico, profilaxia e terapia anti-retroviral em Mato Grosso do Sul, de Janeiro de 2004 à Dezembro de 2007.** 61 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em:

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4749/1/2009_JoaoPauloBarcellosEsteves.pdf> Acesso em: 28 nov. 2015.

FEREZIN, Rafael Isolani; BERTOLINI, Dennis Armando; DEMARCHI, Izabel Galhardo. Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 35, n. 2, pp. 66-70, 2013

FERNANDES, Regina Célia de Souza Campos; DE ARAÚJO, Luciana Cordeiro; MEDINA-ACOSTA, Enrique. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro v. 21, n. 4, pp. 1153-1159, 2005.

FERNANDES, Regina Célia de Souza Campos et. al. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 6, p. 503-508, Dec. 2010.

FERREIRA, A. N.; ÁVILA, S. do L. M. **Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2001.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto A. et al. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV-1 em gestantes do estado de Mato Grosso do Sul-Brasil. **DST–J bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 4, pp. 281-287, 2005.

GRANATO, Suellen Marianne Rodrigues et al. Prevalência de HIV, Toxoplasmose e Tripanossomíase Americana em gestantes em Goiás. **Estudos**, v. 41, n. 4, pp 813-820, 2014.

INAGAKI, Ana Dorcas de Melo et al. Soroprevalência de anticorpos para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis e HIV em gestantes sergipanas. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 42, n. 5, p. 532-536, 2009.

JIMENEZ, E. J. B.; KRADJEN, M. L.; UHLIG, R. F. S. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido.** Programa mãe curitibana. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2005. 99p.

KUPEK, Emil e OLIVEIRA, Juliana Fernandes de. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de de maior incidência AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Rev. bras. epidemiol.** vol.15, n.3, p. 478-487, 2012.

LAMBERT, J. S. & NOGUEIRA, S. A. **Manual para o acompanhamento clínico da gestante infectada pelo HIV.** 4. ed – Rev e amp. Rio de Janeiro – RJ.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** 7ª.ed.rev.ampl por Marina de Andrade Marconi e Eva Maria Lakatos. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINEZ-ESPINOSA, Flor Ernestina, et al. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 4, p. 176-83, 2010.

MENEZES, Labibe do Socorro Haber de et al. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em maternidade pública de referência. **Rev. para. med**, v. 27, n. 2, 2013.

MIRANDA, Angélica Espinosa et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 42, n. 4, p. 386-391, 2009.

NETO, Otávio Soares de Pinho. Modelo Assistencial e Terapia Anti-Retroviral Utilizados pelo SAE Materno Infantil/HULW/UFPB como Fatores na Redução da Transmissão Vertical do HIV. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 10, n. 3, p. 310, 2009.

PEREIRA, Monique Policiano; et al. Rastreamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 4, pp. 170-5, 2011.

ROMANELLI, Roberta Maia de Castro et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 6, n. 3, p. 329-334, 2006.

SANZ, Suely Miranda; GUINSBURG, Ruth. Prevalência da Soropositividade para sífilis e HIV em gestantes de um Hospital de Referência Materno Infantil do Estado do Pará. **Rev. Par. Med**, v. 22, n. 3, 2008.

SOEIRO, Claudia Marques de Oliveira et al . Mother-to-child transmission of HIV infection in Manaus, State of Amazonas, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 5, pp. 537-541, Oct. 2011.

TORRES, Sílvia Rosária; LUZ, Anna Maria Hecker. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, pp. 505-511, 2007.

TORTORA, Gerard J., FUNKE, Berdell R. e CASE, Christine L. **Microbiologia.** Tradução de Aristóbolo Mendes da Silva. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VIEIRA, Anne Caroline Barbosa Cerqueira et al. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES . **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, pp. 644-651, ago. 2011.

VIEIRA, Sonia e HOSSNE, William Saad. **Metodologia científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

YDY, Ranuce Ribeiro Aziz et al. Prevalência da infecção pelo vírus linfotrópico humano de células T-HTLV-1/2 entre puérperas de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, 2006. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 42, n. 1, pp. 28-32, 2009.

ANEXO I – Gráficos da Taxa de Gestantes HIV + nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-oeste

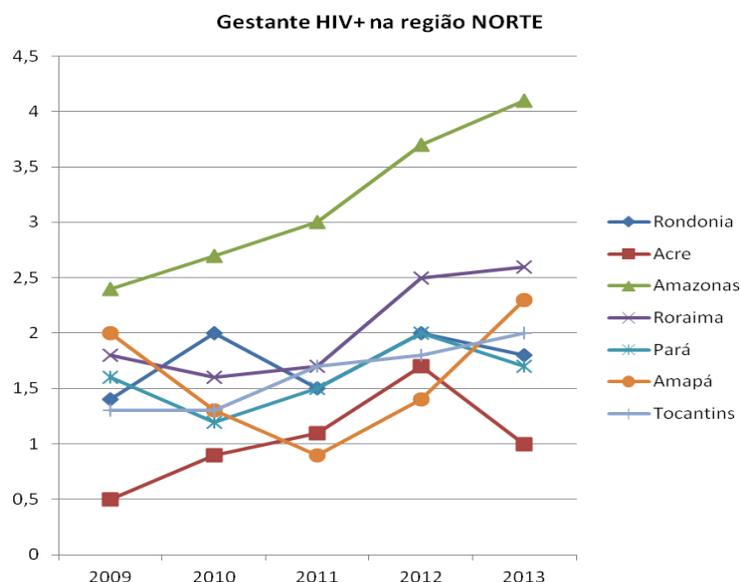


Gráfico 5 – Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo UF de residência por ano de parto. Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, MS - 2014, p. 24

No gráfico da região Norte, demonstrado na Gráfico 5, percebe-se que dos Estados, o que teve maior taxa no período observado, foi o Amazonas e teve aumento de 2,4 para 4,1 gestantes por 1000 nascidos vivos. O Estado de Roraima foi o que terminou em segunda posição em 2013, aumentando de 1,8 em 2009 para 2,6 em 2013. O Estado do Amapá teve uma queda em 2011 para 0,9, mas em 2013 estava um pouco acima do índice que estava em 2009 (2,3). O Estado do Acre teve aumento constante no número até 2012, então houve uma queda de 1,7 para 1,0 de 2012 para 2013. No Pará, foi o que teve menor aumento, de 1,6 em 2009 para 1,7 em 2013. Nenhum Estado teve diminuição na taxa de detecção do HIV em gestantes, ao final do período pesquisado.

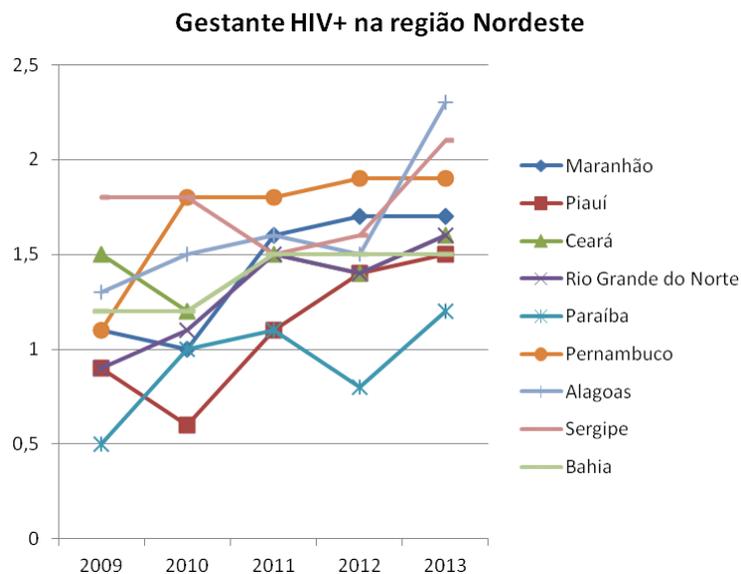


Gráfico 6 – Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo UF de residência por ano de parto. Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, MS - 2014, p. 24

No gráfico apresentado na Figura 6, pode-se observar que o Estado de Alagoas foi o que apresentou maior índice ao final do período (2,3), e teve elevação em relação ao ano de 2009 que era 1,3. O Estado de Sergipe teve discreto aumento em relação a 2009, de 1,8 em 2009 para 2,1 em 2013, e está em 2º colocado entre os Estados do Nordeste, a final do período analisado. O Estado de Pernambuco, se manteve praticamente estável nos últimos quatro anos, tendo uma elevação do ano de 2009 com 1,1 para o segundo ano com 1,8. O Maranhão manteve nível semelhante nos últimos 3 anos, indo de 1,0 em 2010 para 1,7 em 2013. Rio Grande do Norte e Ceará tiveram o mesmo valor nos últimos três anos, o Rio Grande do Norte teve um aumento constante nos 3 primeiros anos, indo de 0,9 em 2009 para 1,5 em 2011, enquanto Ceará manteve os valores semelhantes ao passar dos anos, 1,5 em 2009 para 1,6 em 2013. O Piauí, teve a maior variação dos resultados, reduziu no primeiro ano de 0,9 e depois aumentou constantemente, com taxa de 1,5 em 2013. A Bahia teve a mesma taxa que Piauí ao final do período pesquisado (1,5) e teve discreta elevação da taxa de gestantes portadoras de HIV por 1000 nascidos vivos, eram 1,2 em 2009 e 2010. E por último, o valor menor no ano de 2013 foi do Estado da Paraíba, com taxa de 1,2; vindo de um resultado de 0,8 em 2012, e 0,5 em 2009. Ao final, todos os Estados tiveram sua taxa maior em 2013 do que no ano de 2009.

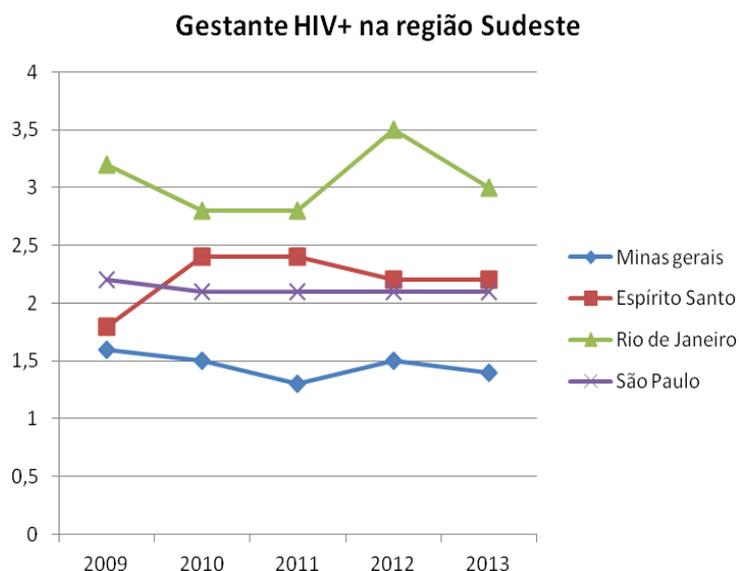


Gráfico 7 – Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo UF de residência por ano de parto. Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, MS - 2014, p. 24

Na Figura 7, observa-se que entre os quatro Estados da região mais populosa do Brasil, o Rio de Janeiro teve a maior taxa no período pesquisado, apresentando leve diminuição de 2009 para 2013, sendo 3,2 para 3,0. Os Estados de Espírito Santo e São Paulo terminaram com resultados semelhantes; o ES teve pouco aumento de 1,8 em 2009 para 2,2 em 2013, e SP manteve o mesmo resultado nos últimos 4 anos pesquisados (2,1 a cada 1000 nascidos vivos). Em Minas Gerais, apresentou a menor taxa nestes cinco anos, tendo pouca queda em relação à 2009, de 1,6 para 1,4 em 2013. Os valores não tiveram redução ou aumento significativo, o único Estado da região Sudeste que aumento foi ES.

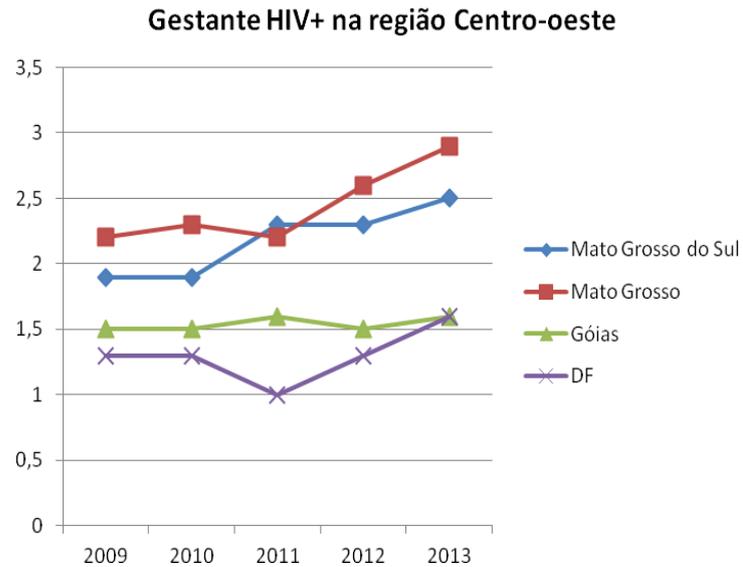


Gráfico 8 – Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1000 nascidos vivos), segundo UF de residência por ano de parto. Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, MS - 2014, p. 24

No gráfico sobre a região Centro-oeste apresentado na Figura 8, constatou-se que os Estados de Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, inverteram a primeira e segunda posição entre si, com aumento em relação a 2009. No Mato Grosso era 2,2 em 2009 e elevou para 2,9 em 2013 e em Mato Grosso do Sul, era 1,9 em 2009 e subiu para 2,5 em 2013. Os valores das taxas se mantiveram praticamente o mesmo ao longo do período pesquisado em Goiás 1,5 – 1,6. E no DF teve aumento constante nos últimos três anos, em 2013 a taxa era a mesma de Goiás (1,6) e em 2011 era 1,0, e esteve em última posição nos quatro primeiros anos pesquisados.

ANEXO II – Gráficos de casos de AIDS em menores de 1 ano nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste

Erro! Vínculo não válido.

Gráfico 9: Casos de AIDS identificados na região Nordeste, segundo UF de residência em menores de 1 ano.

Fonte: (BRASÍLIA, 2014)

Para ilustrar a evolução do número de casos na região Nordeste, foi confeccionado um gráfico, apresentado na Figura 9, pode-se notar que o ponto mais evidente e maior no gráfico é o do Estado de Pernambuco em 2013, vindo de um aumento constante nos 2 últimos anos, eram 8 casos em 2011 e 19 em 2013. Na segunda posição, aparece o Estado da Bahia, com uma diminuição do número de casos ao longo dos 4 anos mais recentes, eram 13 casos em 2009 e 2010 e 10 casos em 2013. O Estado que em 2009 estava na terceira posição é o Maranhão com 9 casos, o qual apresentou uma diminuição bem importante, ficando com 2 casos no ano de 2013. O Estado que estava na terceira posição em 2013 foi Alagoas, em 2009 teve 4 casos, caindo para 1 em 2011 e ao final do período estudado, teve 6 casos. No Ceará houve uma redução de 6 casos em 2009 para 3 em 2012, ficou em quarta posição em 2013. Em Pernambuco, Alagoas e Sergipe houve um aumento em relação a 2009, os demais Estados da região Nordeste do Brasil tiveram diminuição no número de casos.

Erro! Vínculo não válido.

Figura 10: Casos de AIDS identificados na região Sudeste, segundo UF de residência em menores de 1 ano. Fonte: (BRASÍLIA, 2014)

Quanto à região Sudeste, foi ilustrado um gráfico na Figura 10 e pode-se notar que o Estado de São Paulo manteve a primeira posição ao longo do quinquênio pesquisado, apresentando diminuição de 38 em 2009 para 19 em 2013. Na segunda posição ficou o RJ, com redução do número de casos de 25 em 2009 para 15 em 2013. Em Minas Gerais o valor manteve o mesmo: 9 casos de AIDS em menores de 1 ano. E no Espírito Santo era 5 em 2009 e 3 em 2013. Com exceção de MG, nos demais Estados a quantidade de casos diminuiu ao longo dos 5 anos pesquisados.

Erro! Vínculo não válido.

Figura 11: Casos de AIDS identificados na região Sul, segundo UF de residência em menores de 1 ano.
Fonte: (BRASÍLIA, 2014)

No gráfico da Figura 11 é possível analisar que o Rio Grande do Sul ficou na primeira posição ao longo do quinquênio, com 16 casos em 2013. Em Santa Catarina em segunda posição, com 14 casos em 2009 e 11 casos de AIDS em menores de 1 ano em 2013. No Paraná tinham 9 casos em 2009 e caiu para 5 em 2013.

Erro! Vínculo não válido.

Figura 12: Casos de AIDS identificados na região Centro-oeste, segundo UF de residência em menores de 1 ano
Fonte: (BRASÍLIA, 2014)

A evolução de casos de AIDS em menores de 1 ano na região Centro-oeste foi demonstrado no gráfico da Figura 12, pode-se observar que no ano de 2012, em Mato Grosso do Sul foi registrado o valor mais alto mostrado no gráfico (6 casos), porém no ano de 2011 e 2013 não registrou nenhum caso. Em Goiás houve um aumento ao final do período de 1 em 2012 para 4 em 2013. Em Mato Grosso ocorreu uma redução, pois não foi notificado nenhum caso de AIDS em menores de 1 ano em 2012 e 2013, eram 3 casos em 2009. Ao final do quinquênio pesquisado, o DF estava na segunda posição, na região Centro-oeste com 2 casos, e em 2010 e 2011, tinha 4 casos. Somente Mato Grosso e Mato Grosso do Sul tiveram reduções no número de casos de AIDS nesta região nos anos de 2009 a 2013.