

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**CONTRIBUIÇÕES PARA PENSAR A SAÚDE DE GESTANTES NEGRAS
VIVENDO COM HIV: RECORTES DE UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COM
ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE**

ALEXSANDRA BARCELOS DA SILVA

**PORTO ALEGRE
2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**CONTRIBUIÇÕES PARA PENSAR A SAÚDE DE GESTANTES NEGRAS
VIVENDO COM HIV: RECORTES DE UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COM
ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso II (Projeto de Pesquisa) apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Graduanda: Alexsandra Barcelos da Silva

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

PORTO ALEGRE

2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

ARV- Antirretrovirais

CV - Carga Viral

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IPEA - Pesquisa Econômica Aplicada

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

PEP- Profilaxia Pós Exposição

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PVHIV - Pessoas vivendo com HIV

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TR - Teste Rápido

TVHIV - Transmissão Vertical do HIV

UNAIDS - *United Nations Programme on HIV/Aids*

AGRADECIMENTOS

Gostaria primeiramente agradecer aos meus pais, que sempre me apoiaram e me incentivaram a estudar, e serviram de suporte em todas as etapas desse processo.

Aos meus irmãos, que fortaleceram e sempre mostraram que somos capazes de conquistar os nossos objetivos.

Agradeço imensamente às minhas professoras, Dra. Luciana Barcellos Teixeira e Bruna Hentges que acreditaram em mim, estiveram segurando minhas mãos incansavelmente e me orientando da melhor forma para a execução desse trabalho incrível, que está me dando a oportunidade de finalizar essa jornada com muito orgulho.

Agradeço também, a banca examinadora, aos meus amigos e familiares que vibraram comigo todas as pequenas conquistas para chegar até aqui.

Meu muito obrigada!

BANCA EXAMINADORA

**CONTRIBUIÇÕES PARA PENSAR A SAÚDE DE GESTANTES NEGRAS
VIVENDO COM HIV: RECORTES DE UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COM
ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE**

Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira
Presidente

Ms. Elaine Oliveria Soares*
Avaliadora

Ms. Rafael Steffens Martins**
Avaliador

*Enfermeira. Ex-Coordenadora da Política de Saúde da População Negra de Porto Alegre. Coordenadora de Políticas Públicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Mestre em Saúde Coletiva pela UFRGS.

**Bacharel em Políticas Públicas. Pesquisador na área de doenças e infecções sexualmente transmissíveis. Professor convidado na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Mestre em Epidemiologia pela UFRGS.

RESUMO

Introdução: A transmissão vertical do HIV (TVHIV) é a passagem do vírus HIV da gestante para a criança durante a gestação, parto ou amamentação. Uma importante ferramenta para a prevenção dos casos de TVHIV é a assistência adequada durante o pré-natal e parto. Estudos sugerem que uma assistência adequada, possar estar, entre outras questões, diretamente associada a características sociodemográficas das gestantes, como raça e escolaridade, que na teoria dos determinantes sociais de saúde, poderiam determinar uma maior vulnerabilidade a alguns grupos, como é o caso das mulheres negras. Essas questões são fundamentais para discutimos equidade na saúde. **Objetivo:** Comparar o perfil sociodemográfico de gestantes negras (pretas e pardas) vivendo com HIV/Aids em Porto Alegre em relação a gestantes autodeclaradas brancas. **Metodologia:** Trata-se de uma coorte retrospectiva. Foram incluídos dados de gestantes vivendo com HIV/Aids e as crianças expostas ao HIV/Aids na cidade de Porto Alegre, que nasceram entre janeiro de 2001 a outubro de 2017. Os dados foram disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica da cidade, através do SINAN, e complementados através do acesso a outros registros de informações, como SISCEL, SICLOM e E-SUS. **Resultados:** Entre o ano 2001 a 2017 foram notificadas 7.057 gestantes com HIV. Em nosso estudo, gestantes pretas representaram 30,5% (n=2.409) e pardas 11,1% (n=876) da amostra. A menor escolaridade foi observada entre gestantes pretas (69,8%) e pardas (66,1%), quando comparadas com as gestantes brancas (59%) (p<0,001). Gestantes usuárias de drogas injetáveis foram mais frequentes na população parda (10% versus 8,3% nas gestantes pretas e 7,3% nas gestantes brancas). O uso de TARV durante o parto foi mais frequente em gestantes brancas (91,4%, versus 86,8% nas pretas e 86,6% nas pardas) (p<0,001). A perda de seguimento foi de 13,2% nas mulheres brancas, 12,8% nas pretas e 13,4% nas pardas. **Considerações finais:** Nossos resultados indicam que a população de gestantes pretas e pardas vivendo em Porto Alegre possuem piores indicadores sociodemográficos e assistenciais, quando comparadas com gestantes vivendo com HIV brancas. O desfecho de perda de seguimento foi mais frequente em mulheres pretas e pardas. Em Porto Alegre, 20% da população se autodeclara negra ou parda, mas prevalência de gestantes negras em nosso estudo foi de 42,1%. Com este estudo, esperamos fortalecer as evidências da necessidade de uma política específica e fortalecida para a população negra, visando enfrentar as iniquidades na saúde das mulheres negras.

Palavras-chave: HIV/Aids, perda de seguimento, população negra, gestantes vivendo com HIV/Aids.

ABSTRACT

Introduction: Vertical transmission of HIV (TVHIV) is the transmission of the HIV virus from the pregnant woman to the child during pregnancy, childbirth or breastfeeding. An important tool for the prevention of TVHIV cases is adequate assistance during prenatal care and delivery. Studies suggest that adequate care may be, among other issues, directly associated with sociodemographic characteristics of pregnant women, such as race and education, which, in the theory of social determinants of health, could determine greater vulnerability to some groups, as is the case of women. black women. These issues are fundamental for discussing equity in health. **Objective:** To compare the sociodemographic profile of black pregnant women (black and brown) living with HIV/AIDS in Porto Alegre in relation to self-declared white pregnant women. **Methodology:** This is a retrospective cohort. Data from pregnant women living with HIV/AIDS and children exposed to HIV/AIDS in the city of Porto Alegre, who were born between January 2001 and October 2017, were included. complemented through access to other information records, such as SISCEL, SICLOM and E-SUS. **Results:** Between 2001 and 2017, 7,057 pregnant women with HIV were reported. In our study, black pregnant women represented 30.5% (n=2,409) and brown women 11.1% (n=876) of the sample. The lowest level of education was observed among black (69.8%) and brown (66.1%) pregnant women, when compared with white pregnant women (59%) (p<0.001). Pregnant women who inject drugs were more frequent in the brown population (10% versus 8.3% in black pregnant women and 7.3% in white pregnant women). The use of ART during childbirth was more frequent in white pregnant women (91.4%, versus 86.8% in black women and 86.6% in brown women) (p<0.001). The loss to follow-up was 13.2% in white women, 12.8% in black women and 13.4% in brown women. **Final considerations:** Our results indicate that the population of black and brown pregnant women living in Porto Alegre have worse sociodemographic and care indicators, when compared to white pregnant women living with HIV. The outcome of loss to follow-up was more frequent in black and brown women. In Porto Alegre, 20% of the population self-declare as black or brown, but the prevalence of black pregnant women in our study was 42.1%. With this study, we hope to strengthen evidence of the need for a specific and strengthened policy for the black population, aimed at addressing inequities in the health of black women.

Key-words: HIV/Aids, Loss of children to follow-up, black population, pregnant women living with HIV/Aids.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1 Dados epidemiológicos	12
3.2 Saúde da população negra	13
3.3 Transmissão vertical do HIV e a ação da vigilância epidemiológica	16
4. METODOLOGIA	19
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 População e amostra.....	19
4.3 Coleta de dados.....	19
4.4 Análises dos dados.....	19
4.5 Considerações éticas	19
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSSÃO	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXOS E APÊNDICES	29
ANEXO 1 – Ficha de notificação de gestante com HIV e criança exposta ..	29
ANEXO 2 – Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa	31
APÊNDICE 1 – Termo de compromisso para utilização dos dados.....	35

1. INTRODUÇÃO

A epidemia da Aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) é um importante problema de saúde pública mundial. Os dados de 2021 apontaram que haviam 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo (UNAIDS, 2022). No Brasil, de 1980 até 2021 foram diagnosticados 1.045.355 casos de Aids, com uma média de 36,8 mil casos de Aids registrados no país nos últimos 5 anos. O número anual de casos vem apresentando queda desde 2013, quando se observaram 43.493 casos; e em 2020 foram registrados 29.917 casos (BRASIL, 2021).

Apesar de haver mais casos notificados em homens do que em mulheres, a incidência da doença na população feminina vem aumentando desde a década de 1990. Segundo a *United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS) (2022), existem “linhas de falhas” nas respostas governamentais ao HIV, o que acentua as desigualdades sociais entre grupos minoritários. Neste contexto, as mulheres experienciam uma iniquidade maior em relação ao vírus, pois são afetadas por normas desiguais de gênero que limitam a sua capacidade de ação, reduzem seu acesso à educação e recursos econômicos, e contribuem para uma maior possibilidade de exposição ao HIV.

Entre as mulheres, as pretas e pardas são as mais afetadas pela epidemia do HIV/Aids no Brasil. No país, de acordo com o último Boletim Epidemiológico, no período de 2007 até junho de 2021, tivemos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 115.333 casos de HIV em mulheres. Observa-se que 55,1% dos casos registrados ocorreram na população negra (sendo 13% entre pretas e 42,1% entre pardas), e 35,9% em mulheres brancas (BRASIL, 2021).

Uma importante estratégia para diminuir a incidência do HIV/Aids na população tem sido o controle da Transmissão Vertical do HIV (TVHIV). Estima-se que, sem nenhum tipo de intervenção terapêutica, a taxa de transmissão vertical chegue a 31%, e pode ser reduzida a menos de 2% com o uso de medicamentos (WHO, 2016). Dados do último Boletim Epidemiológico (2021) demonstram que a maior parte das mulheres vivendo com HIV/Aids no Brasil estão na idade entre 25 e 49 anos, e, portanto, em idade reprodutiva (BRASIL, 2021), por isso a importância do controle da TVHIV.

No Brasil, entre 2000 e junho de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes vivendo com HIV/Aids, sendo 7.814 identificadas apenas no ano de 2020 (BRASIL,

2021). Em 2020 houve uma predominância de casos de infecção pelo HIV entre gestantes pardas (50,6%), seguidas de gestantes brancas (30,9%). As gestantes pretas apresentam 14,5% nesse mesmo ano analisado. A tendência de casos entre as gestantes pardas vem crescendo desde o início da série, no qual, em 2012, passaram a responder pela maior parte dos casos no país, ficando à frente das gestantes brancas desde então. Deve-se considerar, no entanto, que estes valores são os percentuais a partir dos números absolutos, e não as taxas padronizadas pela população.

As desigualdades raciais e de gênero se interconectam na vida das mulheres negras, e contribuem para a incidência de desfechos negativos de saúde, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Nesse sentido, é de extrema importância ações de promoção de saúde e políticas efetivas para essa população. É primordial compreender os determinantes sociais de saúde que impactam diretamente na qualidade de vida da população ou que mesmo podem ameaçar o direito de viver.

A partir dos dados explanados, nosso trabalho procura aprofundar questões sociodemográficas e assistenciais de gestantes vivendo com HIV/Aids a partir do recorte raça/cor, incluindo a população negra (estratificada por mulheres pretas e pardas) e brancas. Além das próprias questões sociodemográficas e assistências no cotidiano das mulheres negras vivendo com HIV, temos também a desigualdade entre homens e mulheres que, não é objeto deste estudo, mas que pode se constituir em fator de grande vulnerabilidade relacionado ao período gestacional.

O presente trabalho se insere em um estudo de maior amplitude, que contou com o acompanhamento das gestantes com HIV e crianças expostas ao HIV, no município de Porto Alegre, desenvolvido pela professora orientadora, na qual, enquanto estudante, tive a oportunidade de colaborar.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, nesse assunto tão relevante na saúde pública.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil de gestantes pertencentes à população negra (autodeclaradas pretas e pardas) com HIV/Aids em Porto Alegre.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e comparar o percentual de uso de drogas de gestantes com HIV, conforme raça/cor.
- Descrever e comparar o percentual de mulheres que tiveram diagnóstico do HIV antes da gestação ou no pré-natal e parto e o acesso a TARV no parto, conforme raça/cor.
- Descrever e comparar o percentual de gestantes cuja criança resultou em perda de seguimento, conforme raça/cor.
- Contribuir com a saúde da população negra em Porto Alegre, especialmente no que tange às questões de saúde de gestantes negras.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Dados Epidemiológicos

O *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) representa um importante problema de saúde pública, pela alta incidência, mortalidade e gastos para o serviço público. Desde o início da epidemia, 84,2 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus do HIV, e até o ano passado 38,4 milhões de pessoas viviam com o vírus no mundo. No ano de 2021, 650 mil pessoas no mundo morreram por doenças relacionadas à Aids (UNAIDS, 2022).

No Brasil, no período de 2007 até junho de 2021, foram notificados no SINAN 381.793 casos de infecção pelo HIV, sendo 36.218 na região Sul, o que corresponde a 9,5% do país (BRASIL, 2021). Apesar dos números serem elevados, podemos identificar uma diminuição nos casos nesta região, pois no período de 2007 até junho de 2020 a região Sul foi responsável por 68.385 das notificações dos casos, o que representa uma redução de 10,5% (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021).

No SINAN, no período de 2007 a junho de 2021, os casos registrados mostram que 39,4% das infecções ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos, sendo, 10,9% pretos e 40,8% pardos). Entre os homens, 40,9% dos casos ocorreram em brancos e 50,3% em negros (pretos, 10,0% e pardos, 40,3%). Entre as mulheres, 35,9% dos casos se verificaram em brancas e 55,1% em negras (pretas, 13,0% e pardas, 42,1%) (BRASIL, 2021).

Em relação à mortalidade da população geral, entre 2010 e 2020 houve uma queda no coeficiente de mortalidade por Aids no país, que passou de 5,7 para 4,0 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2021). Para o ano de 2020, o estado do Rio Grande do Sul apresentou uma taxa superior a nacional, de 7,2 óbitos/100 mil habitantes.

Analisando as notificações no SINAN entre 2007 e 2021 referente a sexo, observou-se que foi notificado um total de 266.360 (69,8%) casos em homens e 115.333 (30,2%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2020 foi de 28 homens para cada dez mulheres. Mundialmente, a maioria das mulheres vivendo com HIV/Aids estão em idade reprodutiva e, justamente por isso, há um esforço internacional para tentar conter e eliminar a transmissão vertical do vírus (TVHIV) (BRASIL, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (2021), no período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes infectadas com HIV no Brasil. 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%). No ano de 2020, foram identificadas 7.814 gestantes infectadas com HIV no Brasil, sendo 32,4% no Sudeste, 25,8% no Sul, 22,3% no Nordeste, 13,2% no Norte e 6,3% no Centro-Oeste.

Constatou-se um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes nos últimos anos, em 2010 foram registrados 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa passou para 2,7 mil nascidos vivos. Podemos associar esse aumento pela ampliação do diagnóstico no pré-natal. A realização do teste rápido (TR) para detecção do HIV é uma medida fundamental para a prevenção da transmissão vertical e às ações da vigilância com as intervenções realizadas no pré-natal tais como o uso de antirretrovirais (ARV), e a orientação à não amamentação, contribuem para a qualidade da assistência em saúde e de vida do binômio mãe-filho.

Ao longo da série histórica, a região Sul mostrou as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes no país. Em 2020, a taxa nessa região foi de 5,2 casos/mil nascidos vivos, quase duas vezes superior à taxa nacional. A capital Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção, atingindo em 2020 a taxa de 17,1 casos/mil nascidos vivos, uma taxa seis vezes maior que a taxa nacional e duas vezes maior que a taxa do estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2021).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no quesito escolaridade, observa-se que o maior percentual das gestantes infectadas com HIV estudou da 5ª à 8ª série incompleta, responsável por 27,9% do acumulado de casos notificados no período. É válido ressaltar que a proporção de gestantes com pelo menos o nível médio completo vem apresentando aumento, tendo passado de 13,4% em 2010 para 23,6% em 2020. Já a proporção de gestantes com escolaridade até o fundamental completo apresenta queda: em 2010 era de 53,7%, e em 2020 foi de 38,6%. O percentual de analfabetos também apresentou redução, passando de 1,2% em 2010 para 0,4% em 2020 (BRASIL, 2021).

3.2 Saúde da população negra

A história da população negra é marcada pela segregação racial, fruto de mais de 300 anos de escravidão. Após a proclamação da Lei Áurea, a ausência de políticas reparatórias pelos danos e violências sofridos durante o período escravocrata, bem

como a falta de oferta de condições dignas de subsistência, produziu e segue produzindo efeitos de marginalização e vulnerabilização desta população (SILVA, 2022). Assim, é importante linkar este curto apanhado histórico com a saúde coletiva. Neste campo multidisciplinar, organizado através da Reforma Sanitária, a saúde é entendida como um objeto complexo referido ao coletivo do indivíduo, onde ocorre a ligação do campo biológico e do social. É neste campo também que lutamos por uma saúde com equidade. Entretanto, há evidências de que vivências relacionadas ao racismo das mulheres negras nos serviços de saúde dificultam o acesso a estes serviços (BARBOSA, 2018).

As reivindicações dos movimentos sociais relacionados à população negra por um maior e melhor acesso ao sistema de saúde não são recentes, visto que se fizeram presentes ao longo da história das mobilizações, inclusive a luta das mulheres negras, que são protagonistas nessas mobilizações. Na tentativa de diminuir as iniquidades raciais em saúde no Brasil, em 2009, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como resultado da ação de diversos grupos sociais, que buscavam garantir a atenção à saúde, fundamentados no princípio da equidade e diminuir a discriminação racial nos serviços de saúde (SILVA, et al 2019; SILVA, et al 2021).

Neste sentido, é importante resgatar que entre os anos de 2002-2004 tivemos institucionalização da questão racial como diretriz no Sistema Único de Saúde (SUS), onde houve a reorganização de serviços e ações em todo o país. A aprovação da Portaria nº 992, em 2009, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que objetivou diminuir as iniquidades em saúde através de ações voltadas para a população negra. A partir da PNSIPN, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS (BRASIL, 2019). Desde então, estabeleceram-se novas diretrizes de trabalho para as equipes de saúde com foco no combate ao racismo nos três níveis de atenção do SUS (BRASIL 2017; BARBOSA, 2018).

De acordo a última publicação da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 37,8% da população adulta preta ou parda avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, enquanto 29,7% da população branca. A PNS revela dados que mostram que a população negra ainda tem menos acesso à saúde se comparada à população branca. Entre as gestantes, existe diferença com relação ao número de consultas pré-natal. As gestantes negras com no mínimo seis consultas, conforme recomendado

pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; enquanto, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9%. Em relação à primeira consulta pré-natal, também houve diferenças entre as categorias de raça/cor. No primeiro trimestre de gestação, realizaram a primeira consulta 85% das gestantes brancas, 73% das negras e 53% das indígenas. Já a proporção de gestantes que realizou pré-natal e que teve orientação sobre sinais de risco na gravidez foi de 75,2% entre a população de mulheres, sendo que, entre

as brancas, 80,8% receberam essa orientação, enquanto 66,1% das pretas e 72,7% das pardas receberam essa mesma informação (BRASIL, 2017).

Trazendo as questões de saúde da população negra e a aproximação com a temática deste estudo – o HIV/Aids, temos então o último Boletim Epidemiológico, que evidencia entre os casos de Aids nos últimos dez anos pelo quesito raça/cor, que temos a queda de 9,8 pontos percentuais na proporção de casos entre pessoas brancas (BRASIL, 2021). No mesmo período, houve aumento de 12,9 pontos percentuais na proporção de casos entre as pessoas negras. Desde 2010, os casos de Aids são mais prevalentes em mulheres negras, enquanto entre homens negros isso ocorre desde 2012. No ano de 2020, as proporções observadas foram de 58,3% e 60,0% entre homens negros e mulheres negras, respectivamente (BRASIL, 2021).

Os óbitos notificados no ano de 2020 por raça/cor mostram que 61,9% ocorreram entre negros (47,0% em pardos e 14,9% em pretos), e 37,6% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. Segundo o Boletim Epidemiológico, a proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior à observada em homens negros: 62,9% e 61,4%, respectivamente. Considerando os dados dos anos de 2010 e 2020, observou-se uma redução de 10,6 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 10,4 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas negras (BRASIL, 2021).

Para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids se faz necessário um olhar sobre as possíveis desigualdades, considerando inclusive os níveis de vulnerabilidade que fragilizam de maneira mais intensa alguns grupos da sociedade (BARBOSA, 2018). E, principalmente, no que se refere à vulnerabilidade das mulheres negras, é preciso reconhecer a força com que fatores como escolaridade, pobreza, habitação, concorrem para expor cada vez mais as mulheres negras ao risco de desfechos negativos de saúde relacionados ao HIV (ALBUQUERQUE, 2010).

A desigualdade racial é o reflexo da desigualdade social brasileira. São inúmeras as situações com barreiras vivenciadas pela população negra em diversos campos da vida social, e incontáveis também as consequências que estas desigualdades e discriminações produzem para a sociedade como um todo (ALBUQUERQUE, 2010). O racismo é uma prática que coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios. No caso da saúde, a redução das desigualdades sociais impacta diretamente nos números apontados até aqui, por este motivo, é necessário o fortalecimento das diretrizes e

políticas públicas para o amparo dessas iniquidades (ALBUQUERQUE 2010; BARBOSA, 2018).

3.3 Transmissão vertical do HIV e a ação da vigilância epidemiológica

A prevenção da transmissão vertical do HIV configura-se como um desafio importante para a equipe de saúde no âmbito do acompanhamento pré-natal, tanto pela complexidade que envolve a atenção a essa gestante quanto pelo cuidado diferenciado demandado ao binômio mãe-filho (BRASIL, 2022).

No Brasil, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT-TV 2022) é o documento que rege as normas utilizadas pelos serviços de saúde para o diagnóstico, tratamento e prevenção da transmissão vertical do HIV. Segundo o protocolo, o teste rápido de HIV deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores. O teste rápido é o método preferencial para o diagnóstico da gestante, pois possibilita o início precoce do tratamento, e consequentemente, uma resposta virológica mais rápida (BRASIL, 2022).

Identificar o status da infecção pelo HIV (situação imunológica e virológica inicial) é fundamental para o tratamento da gestante e prevenção da transmissão vertical do HIV. As gestantes diagnosticadas com HIV com imunossupressão grave (contagem de células T-CD4+ menor ou igual a 350 células/mm³) devem realizar seu pré-natal com o Serviço de Atenção Especializada (SAE), mantendo seu vínculo com a Atenção Básica (BRASIL, 2022).

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o nível da carga viral de HIV (CV-HIV) é um dos fatores mais importantes associados ao risco de transmissão vertical do HIV e auxilia no seguimento e na definição da via de parto. A taxa de TV do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de TARV que mantêm CV-HIV indetectável (BRASIL, 2022). Durante o seguimento da gestante devem ser realizados ao menos três exames de carga viral: na primeira consulta do pré-natal; quatro semanas após a introdução ou mudança da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento; e na 34^o semana de gestação, para indicação da via de parto.

As principais causas associadas a transmissão vertical referem-se principalmente à CV da mãe, a não utilização de ARV, via do parto e uso de drogas, entre outras variáveis. Segundo o Ministério da Saúde, o uso de TARV durante a

gravidez reduz a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, quando se alcança a supressão da CV-HIV materna (CV-HIV plasmática <50 cópias/mL) próxima ao parto (BRASIL, 2022).

A indicação da via de parto da gestante vivendo com HIV/Aids dependerá da carga viral da mulher. Em mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de TV do HIV. Para gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada. Em mulheres com CV-HIV <1.000 cópias/mL, mas detectável, o parto vaginal pode ser realizado, mas o serviço deve estar ciente de que essa mulher tem indicação de receber AZT (BRASIL, 2022).

Todas as gestantes com CV desconhecida ou detectável a partir da 34ª semana de gestação ou com histórico de má adesão ao tratamento (mesmo que com CV indetectável) devem receber o AZT injetável durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos três horas antes da cesariana eletiva. Para as mulheres com CV indetectável na 34ª semana de gestação, deve-se manter a TARV habitual via oral durante o parto (BRASIL, 2022).

Após o parto, a puérpera deve ser orientada quanto à importância do seu acompanhamento clínico, assim como sobre o seguimento da criança até a definição da sua situação imunológica. Este é um momento crítico na linha de cuidado materno-infantil, uma vez que os serviços de saúde devem monitorar a mulher vivendo com HIV, o RN exposto ao HIV, questões relacionadas à adesão da TARV, a efetividade da inibição da lactação e à adaptação ao uso da fórmula láctea pelo RN (BRASIL, 2022).

As crianças expostas ao HIV são acompanhadas pela Vigilância Epidemiológica, através da notificação compulsória da gestante com teste anti-HIV positivo. O serviço de vigilância epidemiológica deve acompanhar as mulheres e as crianças por, no mínimo, 18 meses, contados após o parto. O encerramento de casos de crianças pelo serviço de vigilância epidemiológica ocorre mediante o resultado da sorologia para o HIV/AIDS (positiva ou negativa). Em Porto Alegre, a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), realiza o trabalho de vigilância da gestante HIV e criança exposta. Por determinação municipal, a vigilância da criança exposta ao HIV em Porto Alegre acontece até os 24 meses de vida (PORTO ALEGRE, 2016).

Posteriormente a isso, a vigilância recebe informações da rede de atenção à saúde para fazer a conclusão do caso.

Os casos em que não se sabe a informação sorológica da criança após os 24 meses, por perda de contato do serviço de saúde com os responsáveis pela criança, são denominados “perda de seguimento”. A ausência desta informação é crucial para a saúde pública, pois subestima as taxas de transmissão vertical, e pode representar um risco potencial para a saúde destas crianças, que podem desconhecer seu diagnóstico e, portanto, estarem sem tratamento para o HIV/Aids.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Do ponto de vista epidemiológico, este é um estudo longitudinal, caracterizado como uma coorte retrospectiva.

4.2 População de estudo

A população do estudo são todas as gestantes com HIV e crianças expostas ao HIV em Porto Alegre. Foram inseridas gestantes com HIV e crianças expostas ao HIV de 2000 a 2017. Como trata-se de agravo de notificação compulsória, espera-se que essa amostra de 2000 a 2017 corresponda a totalidade de casos do período para o município analisado.

4.3 Coleta dos dados

Os registros das gestantes estão disponíveis no SINAN da cidade de Porto Alegre, que é de responsabilidade da vigilância epidemiológica do município. O sistema possibilita informações referente a dados demográficos e de saúde da gestante (idade mãe, raça/cor e escolaridade, parceiro com HIV e drogas injetáveis) e dados assistenciais (realização de pré-natal, tipo de parto, uso de ARV no parto, e desfecho da exposição). As informações são oriundas da ficha de notificação, apresentada no ANEXO 1.

4.4 Análise dos Dados

Foi realizada análise descritiva utilizando-se frequências e percentuais. Comparações foram realizadas por meio de teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Todas as análises foram realizadas no software SPSS, versão 22.

4.5 Aspectos Éticos

O estudo faz parte de um projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e SMS de Porto Alegre, cuja aprovação encontra-se em anexo (ANEXO 2). As autoras comprometem-se com o sigilo e confidencialidade dos dados através de assinatura de Termo de Compromisso para Uso de Dados.

5. RESULTADOS

Entre o ano 2000 a 2017 foram notificadas 7.894 gestantes com HIV. Na Tabela 1 estão descritas as características demográficas e comportamentais de gestantes vivendo com HIV em Porto Alegre, de acordo com a raça/cor. Do total de mulheres, 58,4% eram brancas, 30,5% eram pretas e 11,1% pardas. Em relação à idade, houve predomínio de gestantes entre 22 a 26 anos em todas as categorias de raça/cor.

No que diz respeito à escolaridade, o grupo de gestantes com menos anos de estudo (menos que 8 anos) são as gestantes pretas com 69,8%, comparadas com 66,1% das gestantes pardas e 59% das gestantes brancas. Já o grupo que teve mais anos de estudo, foram as gestantes brancas com 10,7%. Houve diferença significativa entre os grupos ($p < 0,001$).

Observou-se uma diferença estatística entre os grupos em relação ao uso de drogas injetáveis ($p = 0,033$). O uso de drogas foi de 7,3% para gestantes brancas, 8,3% para gestantes pretas e 10% para gestantes pardas.

Tabela 1: Características demográficas e de saúde de gestantes com HIV em Porto Alegre, conforme o recorte racial, de 2000 a 2017.

Características	Raça/Cor			P valor ²
	Branca (%)	Preta (%)	Parda (%)	
Faixa etária (anos)				0,323
Até 21	1089 (26,3)	564 (23,4)	190 (21,7)	
22 - 26	1312 (28,5)	639 (26,5)	266 (30,4)	
27 - 31	1128 (24,5)	608 (25,2)	210 (24)	
32 ou mais	1080 (23,4)	598 (24,8)	210 (24)	
Escolaridade (anos de estudo)				< 0,001
Menos que 8	2485 (59)	1519 (69,8)	515 (66,1)	
Entre 8 e 11	1277 (30,3)	538 (24,7)	215 (27,6)	
12 ou mais	449 (10,7)	118 (5,4)	49 (6,3)	
Uso de drogas injetáveis				0,033
Sim	290 (7,3)	176 (8,3)	77 (10)	
Não	3673 (92,7)	1944 (91,7)	696 (90)	
Total¹	4609 (58,4)	2409 (30,5)	876 (11,1)	

¹Totais podem diferir pela possibilidade de não resposta. ²Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 2 estão descritas as características assistenciais das gestantes e desfechos de crianças expostas ao HIV em Porto Alegre, conforme o recorte racial, de 2000 a 2017. As gestantes pretas e pardas representaram o maior percentual de

mulheres que já viviam com HIV antes do pré-natal (71,8% e 72,8%, respectivamente, comparadas a 68,8% das gestantes brancas, p -valor=0,013). A idade gestacional no início do pré-natal também foi diferente entre os grupos analisados. Entre as gestantes brancas, 34,9% iniciaram o pré-natal tardiamente, com a gestação acima de 25 semanas. Entre as gestantes pretas, o percentual foi de 43%, e de 39,4% para as gestantes pardas (p <0,001).

O uso da TARV durante o pré-natal é essencial para evitar a transmissão vertical do HIV. Em nosso estudo, não houve diferença entre os grupos em relação à idade gestacional no início da TARV (p =0,071). Ainda assim, percebe-se um grande percentual de mulheres (de todas as raças) que iniciaram o tratamento após as 25 semanas de gestação.

O grupo de gestantes brancas foi o que mais fez uso da TARV durante o parto (91,4%), em comparação com as gestantes pretas (86,8%) e pardas (86,6%) (p <0,001). Em relação ao desfecho da criança exposta ao HIV, não houve diferença significativa entre os grupos, mas se observou maior frequência entre pretas e pardas.

Tabela 2: Características assistenciais das gestantes e desfechos de crianças expostas ao HIV em Porto Alegre, conforme o recorte racial, de 2000 a 2017.

Características	Raça/Cor			P valor ²
	Branca (%)	Preta (%)	Parda (%)	
HIV antes do pré-natal				0,013
Não	1218 (31,2)	563 (28,2)	192 (27,2)	
Sim	2682 (68,8)	1434 (71,8)	515 (72,8)	
IG 1º consulta pré-natal				
Até 12 semanas	1325 (28,7)	558 (23,1)	239 (27,3)	<0,001
13 a 24 semanas	1675 (36,3)	816 (33,9)	292 (33,3)	
25 ou mais	1609 (34,9)	1035 (43)	345 (39,4)	
IG no início da TARV				0,071
Até 12 semanas	792 (27)	343 (24,5)	142 (27)	
13 a 24 semanas	1420 (48,4)	657 (47)	254 (48,3)	
25 ou mais	722 (24,6)	399 (28,5)	130 (24,7)	
Uso de TARV durante o parto				<0,001
Sim	3930 (91,4)	1973 (86,8)	719 (86,6)	
Não	369 (8,6)	300 (13,2)	111 (13,4)	
Encerramento do caso				
Não infectada	3137 (82,6)	1660 (82,1)	616 (81,5)	0,054
Infectada	158 (4,2)	102 (5,1)	30 (4)	
Perda de seguimento	503 (13,2)	259 (12,8)	110 (14,5)	
Total¹	4609 (58,4)	2409 (30,5)	876 (11,1)	

¹Totais podem diferir pela possibilidade de não resposta. ²Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fischer.

6. DISCUSSÃO

Nosso estudo buscou identificar diferenças sociodemográficas e assistências entre gestantes brancas, pretas e pardas vivendo com HIV/Aids em Porto Alegre. Essa análise foi proposital, pois, apesar das mulheres pretas e pardas constituírem o grupo de mulheres negras, era nosso interesse, desde a concepção deste trabalho, compreenderem diferença entre os estratos de análise.

Os resultados do presente estudo demonstram importantes diferenças entre os estratos de gestantes por raça/cor. Ao olhar o conjunto de variáveis, destacamos as diferenças apontadas na Tabela 1 quanto a escolaridade e o uso de drogas injetáveis. A escolaridade se apresenta como um importante elemento de vulnerabilidade social, pois representa possibilidades de inserção no mercado de trabalho e tem sido interpretada como *proxy* da renda (BARBOSA; MARQUES; GUIMARÃES, 2018). Em nossa amostra, mulheres pretas e pardas constituíram o grupo com menor escolaridade, enquanto mulheres brancas foram as mais prevalentes no grupo com maior escolaridade. Em relação ao uso de drogas injetáveis, sabemos que este tem efeitos sobre a saúde da mulher e da criança. Em nosso estudo, mulheres pretas e pardas utilizavam mais drogas injetáveis, quando comparadas as gestantes brancas, por isso, esse fator também precisa ser levado em consideração pelos profissionais de saúde nas estratégias de prevenção, pensando nas múltiplas vulnerabilidades das mulheres negras.

Deve-se considerar que nosso estudo focou em gestantes vivendo com HIV, um grupo historicamente vulnerabilizado pelo estigma da doença (RISCADO, 2010), e que a maioria da nossa amostra era composta por mulheres jovens. Em conjunto, estes dados apontam que as mulheres pretas e pardas se encontram ainda mais vulnerabilizadas, pois a baixa escolaridade, a menor idade, e o uso de drogas injetáveis podem impactar no acesso às informações sobre transmissão vertical, e principalmente no tratamento do HIV/Aids.

Na Tabela 2 apresentamos as diferenças relacionadas ao diagnóstico de HIV/Aids, que em maior proporção ocorreu antes do pré-natal para as mulheres pretas e pardas. Apesar do diagnóstico prévio ao pré-natal normalmente ser considerado um fator positivo, isso não necessariamente significa que estas mulheres estão exercendo a maternidade como um direito reprodutivo. Apesar de não termos dados sobre o planejamento da gestação, se considerarmos os fatores sociodemográficos

discutidos previamente (baixa escolaridade, menor idade e uso de drogas injetáveis), esta gestação pode representar o não uso de métodos contraceptivos adequados, uma dependência financeira do parceiro, e falta de acesso a serviços de saúde para exercer com segurança a vida sexual (SILVA, 2013; VILLELA, 2017).

Ainda, é importante discutir as questões relacionadas ao pré-natal, especialmente a variável de idade gestacional da primeira consulta, em que observamos um maior percentual de mulheres pretas e pardas iniciando mais tardiamente o pré-natal. Conforme diretriz do Ministério da Saúde, as gestantes devem iniciar o acompanhamento pré-natal nas primeiras 12 semanas de gestação (BRASIL, 2022). Este dado contribui para demonstrar a dificuldade de acesso das mulheres negras aos serviços de saúde, que, segundo estudos, está diretamente ligada à discriminação que estas sofrem. Conforme Theóphilo (2018), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) nos mostra que das pessoas que se sentiram discriminadas em algum serviço de saúde destacaram-se: as mulheres (11,6%); pessoas entre 30 a 39 anos (11,9%) e de 40 a 59 anos (12,0%); pessoas de cor preta (11,9%) e pessoas de cor parda (11,4%). A discriminação racial naturalizada no cotidiano da vida das pessoas negras, revela ainda hoje, um atraso na sociedade decorrente da escravização da população negra.

Em relação ao uso de TARV no parto, é importante discutir que faltam dados que permitam uma análise mais aprofundada sobre o tema. Isso porque, considerando o Protocolo Nacional de prevenção da Transmissão Vertical, não é toda a gestante que vai receber terapia de AZT endovenoso (BRASIL, 2022). Então, precisaríamos do histórico de carga viral para poder realizar esta análise com detalhamento. Assim como o uso da TARV, o tipo de parto indicado também depende da carga viral da gestante, uma vez que há a indicação de via de parto vaginal para gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo (BRASIL, 2022). O tipo de parto não foi investigado em nosso estudo, mas recomendamos análises adicionais sobre o tema. Neste sentido, devemos considerar que uma importante porcentagem das gestantes iniciou o uso da TARV tardiamente na gestação (com mais de 25 semanas), o que torna improvável a supressão viral em tempo hábil para um parto vaginal, na lógica do que é recomendado pelo protocolo nacional supracitado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo teve por objetivo avaliar as diferenças entre gestantes vivendo com HIV/Aids, de acordo com o recorte racial. Apesar de mulheres vivendo com HIV/Aids serem um grupo estigmatizado, verificamos que, entre esta população, as gestantes negras possuem ainda piores condições de saúde e assistência. Entre este grupo, enquanto as gestantes pretas apresentaram menor escolaridade, as gestantes pardas apresentaram maior porcentagem de uso de drogas injetáveis. Estes dados demonstram a necessidade de explorarmos a questão da saúde da população negra de maneira estratificada, entre pretas e pardas, visto que muitos estudos tratam esta população como homogênea. Esta também é uma forma de individualizarmos o olhar para pensar a integralidade. Salientamos também a necessidade de estudos futuros

observarem a carga viral da gestante, para compreender se também existem desigualdades em relação aos grupos para fatores assistenciais de pré-natal e parto.

Nossos resultados indicam que a população de gestantes negras vivendo em Porto Alegre possuem piores indicadores sociodemográficos e assistenciais, quando comparadas com gestantes vivendo com HIV não negras. Com este estudo, esperamos fortalecer as evidências da necessidade de uma política específica e fortalecida para lutar pela saúde da população negra, visando enfrentar as iniquidades na saúde das mulheres negras.

O desenvolvimento deste trabalho me oportunizou crescimento profissional como sanitarista e pesquisadora. Também me propiciou refletir sobre como é possível, a partir dos resultados das pesquisas, repensar práticas cotidianas da saúde, como, por exemplo, a necessidade de fazer busca ativa de mulheres gestantes negras que possam estar deixando de fazer consultas de pré-natal. Considerar diferenças que possam existir entre população negra e não negra em relação ao HIV, faz com que consigamos entender melhor este panorama e, inclusive, pensar sobre como podemos propor políticas para diminuir as iniquidades encontradas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos, Moço, Ednéia Tayt-Sohn Martuchelli e Batista, Cláudio Sergio. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. São Paulo. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600007> Acesso: 15 de agosto de 2022.

BARBOSA, Bruna Lígia Ferreira Almeida; MARQUES, Ana Karina; GUIMARÃES, Janaina Valadares. Gestantes HIV positivas e os fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV. Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 12, n. 1, p. 171-8, jan 2018.

BASTOS, Rodrigo Almeida et al. Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. São Paulo. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272311>. Acesso: 03 de setembro de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020> Acesso: 10 de agosto de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acesso: 10 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020. Brasília. DF. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica>. Acesso: 07 de setembro de 2022.

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

Sífilis e Hepatites Virais – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso: 15 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco>. Acesso: 15 de setembro de 2022

FARIA, Evelise Rigoni et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. Brasília. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000200009>. Acesso: 16 de setembro de 2022.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. São Paulo 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300006> Acesso: 15 de agosto de 2022.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Institui a realização da carga viral do vírus HIV ao nascimento de criança exposta ao HIV pela gestação/parto para o diagnóstico precoce da Infecção pelo HIV em Porto Alegre. Resolução SMS Nº 1 DE 13/12/2016.

RISCADO, Jorge Luís de Souza, Oliveira, Maria Aparecida Batista de e Brito, Ângela Maria Benedita Bahia. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. São Paulo. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600010>. Acesso: 15 de agosto de 2022.

SILVA, Agnes Raquel Camisão. Percepções de gestantes negras com HIV sobre a discriminação racial e a soropositividade. Campinas. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2013.919065> Acesso: 15 de agosto de 2022.

THEOPHILO, Rebecca Lucena, Rattner, Daphne e Pereira, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. São Paulo. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016> Acesso: 20 de agosto de 2022.

UNAIDS. Relatório Global para AIDS 2022. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva, Switzerland, 2022. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf. Acesso em: 1 setembro 2022.

UNAIDS. UNAIDS Data 2019. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva, Switzerland, 2019. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>. Acesso em: 20 agosto de 2022.

UNAIDS. Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive, 2011- 2015, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva, Switzerland, 2011.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000100087&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 agosto 2022.

WHO. Mother-to-child transmission of HIV [publicação online]. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/about/en/>. Acesso em: 28 maio 2022.

WHO. PMTCT Strategic Vision 2010 - 2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. 2010.

ANEXO 1 - Ficha de notificação de gestante com HIV e criança exposta

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2- Individual		2	Data da Notificação	
	3	Município de Notificação		Código (IBGE)		
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
Dados do Caso	5	Agravos GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS		6	Data do Diagnóstico	
	7	Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta		8	Data de Nascimento	
	9	Idade D - dias M - meses A - anos	10	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11	Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Ignorado		13	Número do Cartão SUS	
	14	Nome da mãe		15	Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados de Residência	16	Código		17	Número	
	18	Complemento (apto., casa, ...)		19	Ponto de Referência	
	20	Município de Residência		21	UF	
	22	Código (IBGE)		23	Distrito	
	24	Bairro		25	CEP	
	26	Código (IBGE)		27	CEP	
Dados Complementares do Caso						
HIV	28	Evidência laboratorial do HIV: 1 - Teste rápido reagente 2 - Teste definitivo reagente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Antes do pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o parto <input type="checkbox"/> Após o parto				
Cat. de Exposição da Gestante / Parturiente / Puerpera	29	Informações sobre a parceria sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS <input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido <input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico				
	30	Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
	31	Acidente com material biológico com posterior soroconversão <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado				
	32	Transmissão Vertical <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado				
Pré-Natal						
Dados Pré-Natal	33	Município de realização do Pré-Natal		34	Unidade de realização do pré-natal:	
	35	Código		36	Código	
	37	Nº da Gestante no SISPRENATAL		38	Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal: semanas	
	39	Data provável do parto:		40	Caso confirmado de aids: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	41	Em uso de anti-retrovirais para tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		42	Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início semanas	
43	Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Não realização do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não disponível <input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não oferecido <input type="checkbox"/> Recusa da gestante <input type="checkbox"/> Em uso anti-retroviral para tratamento Outros motivos: _____					

Parto		
Dados Parto	41 Município do local do parto Código	
	42 Local de realização do parto: Código	
	43 Data do parto:	
	44 Idade gestacional: <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	
	45 Fez pré-natal? <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - Ignorado	
	46 Se sim, nº consultas: <input type="text"/> <input type="text"/>	
	47 Município de realização do pré-natal Código	
	48 Unidade pré-natal Código	
	49 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas): <input type="text"/> <input type="text"/> 00 - não usou 99 - Ignorado	
	50 Tempo de ruptura das membranas (horas): <input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado	
51 Evolução da gravidez: <input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Cesáreo 3 - Aborto		
52 Gestação múltipla: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não		
53 Fez uso de anti-retroviral durante o parto: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado		
54 Óbito materno: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não		
55 Criança: <input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica		
56 Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas): <input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado		
Criança		
Dados Criança	57 Município da unidade de acompanhamento Código	
	58 Unidade de acompanhamento da criança: Código	
	59 Nome da criança:	
	60 Data de nascimento	
	61 Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	62 Município do local de parto Código	
	63 Local de nascimento (Unidade de Saúde):	
	64 Aleitamento materno: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	
	65 Se sim, tempo (dias): <input type="text"/> <input type="text"/>	
	66 Aleitamento cruzado: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	
67 Se sim, tempo (dias): <input type="text"/> <input type="text"/>		
68 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas): <input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado		
69 Utilizou outro anti-retroviral: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado		
Dados laboratoriais:		
70 Carga viral (1ª) <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	Data da coleta	Resultado
71 Carga viral (2ª) <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável
72 Carga viral (3ª) <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável
73 Sorologia anti-HIV aos 18 meses	Data da coleta	<input type="checkbox"/> 1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado
74 Encerramento do caso <input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito		
75 Se óbito, data:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
76 Causa do óbito relacionada à aids: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		
77 Responsável pelo preenchimento:	78 Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

ANEXO 2 – Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa



Continuação do Parecer: 3.112.845

seguimento. Em média, são registrados anualmente em Porto Alegre cerca de 400 casos de crianças expostas ao HIV por gestação, parto ou amamentação, dos quais 30% encerram-se por perda de seguimento. A ausência desta informação pode subestimar as taxas de transmissão vertical, além de representar outros prejuízos para a saúde geral dessas crianças, que podem estar infectadas, sem conhecimento do status sorológico. A partir deste contexto, o objetivo geral deste projeto é aprimorar o sistema de vigilância de crianças que foram expostas à transmissão vertical do HIV na cidade de Porto Alegre, através do desenvolvimento e validação de um protocolo de busca para os casos registrados no sistema de vigilância como “perdas de seguimento”. Será utilizado como método a abordagem mista – quantitativa e qualitativa, cujo componente quantitativo é um estudo de coorte.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Aprimorar o sistema de vigilância de crianças que foram expostas à transmissão vertical do HIV na cidade de Porto Alegre através do desenvolvimento e validação de um protocolo de busca para os casos registrados no sistema de vigilância como “perdas de seguimento”.

Objetivos específicos:

- 1) Descrever o perfil sócio-demográfico das crianças que se tornaram “perda de seguimento” e que foram expostas à transmissão vertical do HIV.
- 2) Conhecer os possíveis preditores da “perda de seguimento” de crianças expostas à transmissão vertical do HIV.
- 3) Descrever os casos de crianças infectadas pelo HIV identificadas pelo estudo.
- 4) Desenvolver estratégias de busca para os casos de perda de seguimento de crianças expostas à transmissão vertical do HIV.
- 5) Identificar as principais barreiras referentes à família, que levaram à “perda de seguimento”.
- 6) Promover o fortalecimento institucional entre atenção primária e vigilância para o exercício de busca de informações de crianças que se tornaram perdas de seguimento.
- 7) Facilitar, através do desenvolvimento de um protocolo, o acompanhamento da criança exposta à transmissão vertical pelas unidades de saúde.
- 8) Avaliar o impacto da execução do projeto sobre os dados da vigilância e os indicadores.
- 9) Acompanhar as crianças expostas ao HIV na gestação em Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores os riscos poderão ser divididos em duas etapas, sendo que na etapa

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.112.845

quantitativa - poderá ter impacto do resultado do teste anti-HIV realizado na criança no caso daquelas que não realizaram o teste no tempo preconizado pela vigilância epidemiológica. Na etapa qualitativa poderá ocorrer desconforto em relação aos sentimentos e medos provocados pelas questões abordadas na entrevista.

Em relação aos benefícios os pesquisadores destacam os seguintes pontos:

- a) Uma compreensão mais aprofundada das perdas de seguimento pela atenção básica na cidade de Porto Alegre, permitindo o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento de trabalho da vigilância epidemiológica com as equipes de saúde da família em relação a criança exposta ao HIV.
- b) Busca de crianças expostas ao HIV.
- c) Análise da assistência à criança exposta ao HIV no município, identificando barreiras referentes ao acompanhamento até os 24 meses.
- d) Diminuição do percentual de crianças expostas ao HIV registradas como perdas de seguimento, permitindo encerramento como infectado ou não infectado.
- e) Contribuições para maior fidedignidade do cálculo dos indicadores relacionados à transmissão vertical do HIV na cidade de Porto Alegre.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Nível de pesquisa: Mestrado

Curso: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Local da realização: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS).

TCLE: Sim

Duração do estudo: 24 meses.

Número de sujeitos de pesquisa: 2099

Data da conclusão: 30/04/2020

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências solicitadas nos pareceres 2.930.836 e 3.010.354 foram respondidas e atendidas. Projeto de pesquisa aprovado.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.112.845

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1182770.pdf	07/12/2018 11:53:42		Aceito
Outros	resposta_CEP_07dez2018.doc	07/12/2018 11:52:13	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	respdiligencias.doc	18/10/2018 15:48:41	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEPSMSPA.doc	18/10/2018 15:46:23	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	resposta_CEP_parecer.pdf	09/07/2018 12:13:38	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	termo_de_comp_assinado.pdf	09/07/2018 12:12:03	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	PARECER_COMPESQ_projeto_vigilancia.doc	10/05/2018 17:33:08	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj_vigilancia_com_ajustes_conforme_COMPESQ_enf.pdf	10/05/2018 17:32:39	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2017 13:30:12	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.112.845

PORTO ALEGRE, 15 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

APÊNDICE 1 - Termo de Compromisso para Utilização de Dados

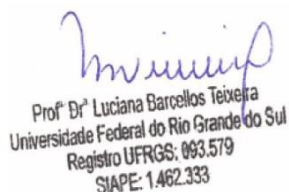
As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados. Declaram ainda, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 18 de outubro de 2021.



ALEXSANDRA BARCELOS DA SILVA

Graduanda em Saúde Coletiva - UFRGS



Prof. Dr. Luciana Barcellos Teixeira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Registro UFRGS: 093.579
SIAPE: 1.462.333

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

Docente na Graduação em Saúde Coletiva – UFRGS