



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

ANUZIA LOPES SAUNDERS

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, OBSTÉTRICO E CLÍNICO DE MULHERES
GESTANTES HIV POSITIVAS: OS CASOS DE UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA EM FORTALEZA – CE**

**FORTALEZA
2023**

ANUZIA LOPES SAUNDERS

PERFIL SOCIOECONÔMICO, OBSTÉTRICO E CLÍNICO DE MULHERES
GESTANTES HIV POSITIVAS: OS CASOS DE UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA EM FORTALEZA – CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: atenção integrada e multidisciplinar à saúde da mulher e da criança.

Orientador: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral

FORTALEZA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S275p

Saunders, Anuzia Lopes.

Perfil socioeconômico, obstétrico e clínico de mulheres gestantes HIV positivas: os casos de uma maternidade de referência em Fortaleza – CE / Anuzia Lopes Saunders. – 2023.
42 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral.

1. Gestante. 2. HIV. 3. Perfil. I. Título.

CDD 610

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, OBSTÉTRICO E CLÍNICO DE MULHERES
GESTANTES HIV POSITIVAS: OS CASOS DE UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA EM FORTALEZA – CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção integrada e multidisciplinar à saúde da mulher e da criança.

Aprovada em:24/04/2023.

BANCAEXAMINADORA:

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral
(Orientador)
UniversidadeFederaldo Ceará (UFC)

Prof.Dr.Luis Carlos Rey
UniversidadeFederaldo Ceará (UFC)

Prof. Dra. Léa Maria Moura Barroso Diógenes
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)

AGRADECIMENTOS

A DEUS pela promessa de vida em cumprir essa missão!

Ao Prof. Dr. João Amaral pela compreensão, orientação e força para continuar, muito obrigada.

Aos professores participantes da banca examinadora de qualificação e de defesa, Prof. Dr. Luis Carlos Rey e Prof. Dra Léa Barroso, pelo tempo cedido e suas contribuições a esse trabalho.

A minha família, em especial ao meu esposo que sempre me incentivou e esteve ao meu lado me apoiando e cuidando dos nossos filhos em minha ausência.

Aos meus filhos que mesmo sem compreender, na inocência de criança, me fazia acreditar que eu seria capaz de ir além. Amo vocês!

Aos meus pais que estiveram sempre na torcida!

Ao querido Zé que por inúmeras vezes se mostrou disponível e me apoiou em todas as dificuldades encontradas na caminhada, nunca soltou minha mão. Gratidão!

Aos colegas da turma 4 do mestrado, pela companhia, por dividir todas as angústias e alegrias ao longo do processo.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará pela oportunidade da realização desse mestrado e as minhas colegas de trabalho por vibrarem junto comigo essa nova conquista.

As minhas amigas Aline Albuquerque e Louanne Aires, que na minha fraqueza foram forças para eu continuar. Gratidão enorme!

As mulheres, mães que vivem com HIV/Aids que me inspiraram para essa pesquisa, foi a força delas de não se paralizarar diante de um diagnóstico, que me fez ir além e produzir esse conteúdo.

*“Entrega teu caminho ao Senhor; confia
nele, e o mais ele fará”*
(Salmos 37:5)

RESUMO

Este trabalho teve por finalidade descrever o perfil socioeconômico, obstétrico e clínico de mulheres gestantes soropositivas para o vírus HIV, em uma maternidade de referência em Fortaleza – CE. Metodologia: estudo epidemiológico descritivo, com corte transversal, realizado em uma maternidade de referência terciária, no ano de 2020. A população do estudo são mulheres grávidas com diagnóstico de HIV positivo. A coleta dos dados foi por meio de entrevista com auxílio de questionários estruturados e consolidados na ferramenta *Google Forms*. A apresentação dos dados se deu por meio de gráficos e tabelas, divididos em 3 eixos temáticos: dados socioeconômicos, perfil obstétrico e situação clínica da infecção pelo vírus HIV. Resultados: foram entrevistadas 75 gestantes, destas 33,3% eram oriundas de Fortaleza e as demais provenientes do interior do estado. 62,7% tinham entre 18 e 30 anos de idade, a maioria da raça/cor parda, com ensino fundamental completo e união estável sem formalização, a principal fonte de renda é por meio de programas social. No momento da entrevista 49,3% das gestantes estavam no 2º trimestre gestacional, 82,7% eram multíparas, 64% tinham entre 1 e 2 filhos, e 34,6% das gestantes apresentavam risco aumentado para complicações obstétricas. A via de parto mais desejada entre as entrevistas foi a via vaginal com 56%. Das pesquisadas, 64% já possuíam diagnóstico da infecção pelo HIV antes da atual gestação, dessas, 45,8% foram diagnosticadas na gestação anterior. No compartilhamento do diagnóstico com a parceria sexual, 89,3% já haviam compartilhado a sorologia com o parceiro, 76% tinham ciência da condição sorológica do parceiro, e destes 35,1% têm sorologia positiva para o HIV. Foi observado que 65% das pacientes possuíam vinculação com a maternidade e um serviço de atenção especializada. Nas condições clínicas das entrevistadas mais da metade, 52,4%, possuíam boa contagem de células CD4 e 76,3% encontravam-se com a carga viral indetectável, destacamos que esses dados não são expresivos, visto que, menos da metade das mulheres tinham os dois exames registrados em prontuário; 64% das entrevistadas já faziam uso da terapia medicamentosa. Vinte e uma mulheres iniciaram a TARV na atual gestação, destas 52,4%, entre a 13ª e 20ª semana gestacional. Outras 6 gestantes ainda aguardavam prescrição para o início da terapia. Apenas 37,5% receberam orientações sobre planejamento reprodutivo seguro. Conclusão: concluímos que as políticas a prevenção

ao HIV/Aids em mulheres devem ser concentradas ainda no período pré concepção, com oferta de exames periódicos, e orientações sobre redução de danos, pois indetificamos que ainda há falhas no diagnóstico precoce. Outro ponto importante é o manejo clínico das gestantes com diagnóstico; orientá-las quanto a concepção segura, quanto a redução dos risco da transmissão vertical, empoderá-las a gestar de forma segura e saudável, além de garantir uma assistência pré-natal com exames e tratamentos oportunos. Só assim iremos frear a cadeia da transmissão e alcançar os indicadores almejados de eliminação da transmissão vertical do HIV, considerando que esse agravo é evitável quando ofertado as condições necessárias e oportunas para a mãe e seu filho.

PALAVRAS-CHAVE:Gestante; HIV; Perfil.

ABSTRACT

This work aimed to describe the socioeconomic, obstetric and clinical profile of HIV-positive pregnant women in a reference maternity hospital in Fortaleza - CE. Methodology: A descriptive, cross-sectional epidemiological study carried out in a tertiary reference maternity hospital in 2020. The study population consisted of pregnant women diagnosed with HIV. Data collection was through interviews with the aid of a structured and consolidated questionnaire in the Google Forms tool. The presentation of data is through graphs and tables, divided into 3 thematic axes: socioeconomic data, obstetric profile and clinical situation of HIV infection. Results: 75 pregnant women were interviewed, of which 33.3% were from Fortaleza and the others from the interior of the state. 62.7% were between 18 and 30 years old, the majority of mixed race/color, with complete primary education and stable union without formalization, the main source of income is through social programs. At the time of the interview, 49.3% of the pregnant women were in the 2nd trimester of pregnancy, 82.7% were multiparous, 64% had between 1 and 2 children and 34.6% of the pregnant women were at increased risk for obstetric complications. The most desired mode of delivery among the interviews was the vaginal route with 56%. Of those surveyed, 64% had already been diagnosed with HIV infection before the current pregnancy, of which 45.8% were diagnosed in the previous pregnancy. In sharing the diagnosis with the sexual partner, 89.3% had already shared the serology

with the partner, 76% were aware of the serological condition of the partner and of these 35.1% have positive serology for HIV. It was observed that 65% of the patients had a connection with the maternity and a specialized care service. In the clinical conditions of the interviewees, more than half, 52.4%, had a good CD4 cell count and 76.3% had an undetectable viral load, we emphasize that these data are not expressive, since less than half of the women had both exams recorded in their medical records. 64% of the interviewees were already using drug therapy. Twenty-one women started ART in the current pregnancy, of which 52.4% between the 13th and 20th gestational week. Another 6 pregnant women were still waiting for a prescription to start therapy. Only 37.5% received guidance on safe reproductive planning. Conclusion: We conclude that HIV/AIDS prevention policies in women should still be concentrated in the pre-conception period, offering periodic exams, and guidance on harm reduction, as we identified that there are still flaws in early diagnosis. Another important point is the clinical management of pregnant women with the diagnosis; guiding them regarding safe conception, reducing the risk of vertical transmission, empowering them to carry out safe and healthy pregnancies, in addition to guaranteeing prenatal care with timely exams and treatment. This is the only way we will stop the transmission chain and achieve the desired indicators of eliminating vertical transmission of HIV, considering that this problem is preventable when the necessary and timely conditions are offered for the mother and her child.

KEYWORDS: Pregnant, HIV; Profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Proporção de gestantes HIV positivo segundo faixa etária em uma maternidade de referência. Fortaleza, 2020.....	22
Figura 2	Proporção de gestantes HIV positivo segundo escolaridade em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	23
Figura 3	Proporção de gestantes HIV positivo segundo renda familiar em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	24
Figura 4	Proporção de gestantes HIV positivo segundo riscos de complicações obstétricas na atual gestação em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	26
Figura 5	Proporção de gestantes HIV positivo segundo situação prévia de diagnóstico em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	29
Figura 6	Proporção de gestantes HIV positivo segundo serviço de vinculação em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	30
Figura 7	Proporção de gestantes HIV positivo segundo início da terapia antiretroviral em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Proporção de gestantes HIV positivo segundo raça/cor em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	22
Tabela 2	Proporção de gestantes HIV positivo segundo situação conjugal em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	24
Tabela 3	Proporção de gestantes HIV positivo segundo trimestre gestacional, número de gestações e número de filhos vivos em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	25
Tabela 4	Proporção de gestantes HIV positivo segundo desejo da via de parto e indicação clínica da via de parto em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	27
Tabela 5	Proporção de gestantes HIV positivo segundo compartilhamento do diagnóstico e condição sorológica do parceiro em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	30
Tabela 6	Proporção de gestantes HIV positivo segundo exames laboratoriais (contagem de células CD4 e Carga Viral) em uma maternidade de referência; Fortaleza, 2020.....	31

LISTADEABREVIATURASESIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

AZT – Zidovudina

CE – Ceará

CFM – Conselho Federal de Medicina

COAS – Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENONG – Encontro Nacional de ONG, Redes e Movimentos de Luta contra a Aids

EUA – Estados Unidos das Américas

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MS -Ministério daSaúde

OMS-OrganizaçãoMundialdaSaúde

PREP – Profilaxia Pré-Exposição ao vírus HIV

PVHA – Pessoas que Vivem com HIV/Aids

RS – Rio Grande do Sul

SAE – Serviço de Atenção Especializada ao HIV/Aids

SESA-SecretariadaSaúdedeEstado doCeará

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SVS – Secretaria de Vigilâncis em Saúde

TARV-Terapiaanti-retroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O HIV/Aids como um problema de saúde pública	14
1.2 Vigilância do HIV/Aids em gestantes e crianças	16
1.3 Planejamento reprodutivo de mulheres infectadas pelo vírus HIV	15
2 JUSTIFICATIVA.	18
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 MÉTODOS	19
4.1 Delineamento do estudo	19
4.2 Local e período da pesquisa	19
4.3 População da pesquisa	19
4.4 Coleta de dados	20
4.5 Análise dos dados	20
4.6 Aspectos Éticos	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 Dados sociodemográficos e econômicos	21
5.2 Perfil Obstétrico	25
5.3 Situação clínica da infecção pelo vírus HIV	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 O HIV/Aids como um problema de saúde pública

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A principal forma de contágio é por via sexual. O maior risco de infecção está nas relações sexuais anais receptivos, onde a transmissão é 8 vezes maior de homens para mulheres. Também poderão ocorrer a transmissão por transfusões, transplantes, compartilhamento de agulhas, seringas, ocupacional e por transmissão materno fetal. A transmissão placentária ocorrer a partir de 8 semanas de gestação, com potencialidade em 25% de chances de infecção pelo vírus do HIV para o recém-nascido (LIMA; 2006).

Este vírus ataca as células de defesa do organismo, levando ao comprometimento do sistema de proteção do indivíduo. Após o vírus infectar a célula, o mesmo altera o DNA celular e instala-se, iniciando o processo de multiplicação. Os linfócitos TCD4⁺ são as células de defesa mais acometidas. Com a multiplicação viral, os linfócitos são rompidos liberando novos vírus que estarão prontos para infectar novas células, levando à progressão da infecção (PURIFICAÇÃO; 2011).

Entre os anos de 1977 e 1978, são descobertos e registrados os primeiros casos definidos como Aids nos EUA, Haiti e África Central. No Brasil, registra-se o primeiro caso de aids na cidade de São Paulo, mas apenas em 1981 surgem as primeiras preocupações das autoridades de saúde pública nos EUA com essa nova e misteriosa doença, denominada inicialmente com a Doença dos 5H (homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e hookers (denominação em inglês para profissionais do sexo). Em 1983, é confirmado o primeiro caso de Aids em criança, onde se categorizou como o primeiro caso de transmissão vertical por heterossexuais.

Já em meados de 1986 é criado o Programa Nacional de DST e Aids, pelo Ministério da Saúde (MS) com implantação do primeiro Centro de Orientação Sorológica (COAS) em Porto Alegre (RS), tendo início a utilização AZT (zidovudina), medicamento para pacientes com câncer, o primeiro capaz de reduzir a multiplicação do vírus HIV.

No decorrer de 30 anos, o Brasil tornou-se referência mundial na prevenção, diagnóstico e tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids, um dos grandes avanços entre essas três décadas foi o fornecimento do tratamento antirretroviral (TARV) para todos as pessoas com o diagnóstico por infecção do vírus do HIV, em 2013, independente da estratificação da quantidade de células CD4⁺, como realizado anteriormente.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida está entre as prioridades de saúde do mundo, visto que, apesar da redução anual de mortes relacionadas à doença e de progressos significativos na prevenção de novas infecções, a quantidade de pessoas vivendo com HIV ainda é crescente (LIMA, COSTA, TELES, DAMASCENO E ORÍÁ; 2014).

1.2 Vigilância do HIV/Aids em gestantes e crianças

Diante dessa necessidade de melhorar a vigilância das doenças e agravos, foi desenvolvido na década de 1990, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizado nacionalmente para a notificação dos agravos de notificação compulsória. O Sinan tem como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornecendo informações para análise do perfil de morbidade, e contribuindo portanto, para a tomada de decisões nos níveis municipais, estaduais e federal. A sua alimentação regular ocorreu a partir de 1998 quando foi regulamentado por meio de portaria ministerial (BRITO; 1993, BRASIL, 1997; BRASIL 2003).

A vigilância dos casos de Aids tem início em 1986 com a implantação da notificação compulsória em todo território nacional, posteriormente por meio da *Portaria nº 993 de 04 de setembro de 2000*, foi incorporado a vigilância das notificações de casos confirmados em gestantes e crianças expostas ao vírus HIV, mais recentemente em 2014, houve a incorporação da notificação dos casos de HIV, a lista de doenças de notificação compulsória.

O boletim epidemiológico de 2018 do MS revela que a região do Nordeste é a terceira região do Brasil com maior percentual de notificações de gestante HIV (17,2%), ficando atrás somente da região Sudeste com 38,6% e do Sul com 30,4%. A taxa de detecção de gestante com HIV no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos (SVS; 2018).

No Ceará, a taxa de detecção de gestante HIV tem apresentado tendência de aumento registrando nos últimos anos, taxa de 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2016 e 2,5 casos por 1.000 nascidos vivos em 2017. O maior percentual das gestantes notificadas com HIV nos últimos 10 anos, tem idade entre 15 e 24 anos, podendo concluir-se que as mulheres jovens em fase reprodutiva estão se infectando ainda na adolescência com o vírus HIV (CEARÁ; 2017).

Ainda segundo o boletim epidemiológico de 2018 do MS, entre os anos de 2007 a junho de 2018 foram notificados no SINAN, 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, nesse

mesmo período foram notificadas 116. 292 gestantes infectados. No Ceará, o primeiro caso de Aids foi registrado em 1983, porém em gestantes apenas no ano de 2006, seis anos após a implantação da notificação desse agravo.

1.3 Planejamento reprodutivo de mulheres infectadas pelo vírus HIV

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode infectar pessoas de todas as idades. O maior grupo afetado (86%) são pessoas em idade reprodutiva (15-44 anos), dos quais cerca de um terço relata o desejo de ter filhos. Este fato ressalta a preocupação de transmissão a parceiros sexuais e descendência, pois as mulheres compõem aproximadamente 20% dos casos, e porque o HIV se tornou mais prevalente entre casais heterossexuais. No passado, as pessoas infectadas buscavam cada vez mais os cuidados para o aconselhamento e assistência à reprodução, que minimizassem o risco de transmissão viral para um parceiro não infectado e filhos (FERTIL STERIL; 2015). Mais de 1 milhão de pessoas nos Estados Unidos estão vivendo hoje com HIV, a maioria dos quais estão em idade reprodutiva e a incidência está aumentando entre os heterossexuais. (JULIE, STANITIS, DANIEL; 2008)

Em estudos realizados na África Subsaariana, mulheres HIV positivas têm menos filhos em média do que os mulheres negativas para o HIV, as causas dessa discrepância são complexas e envolvem interações entre aspectos culturais, comportamentais e fisiológicos.

Pesquisas anteriores identificaram vários determinantes do HIV em relação ao planejamento reprodutivo de homens e mulheres. Por exemplo, o HIV está associado a comportamentos redutores da fertilidade, incluindo maior uso de anticoncepcionais e abortos induzidos.

O conhecimento de seu estado sorológico (HIV positivo) muitas vezes precipita mudanças comportamentais, como declínio na atividade sexual. (GEMIILL, BRADLEY, POEL; 2018). Melhorar o acesso ao planejamento familiar é crucial para ajudar as 16 milhões de mulheres vivendo com HIV no mundo. O planejamento reprodutivo reduzem o risco da transmissão vertical de mãe para bebê. Entre as mulheres infectadas com HIV que vivem em regiões africanas, os estudos indicam que 62% a 93% das gestações não são intencionais.

A prevenção de gravidez indesejada serve como um componente importante de uma prevenção abrangente da transmissão vertical de mãe para filho. Um maior uso do planejamento familiar entre mulheres infectadas pelo HIV também deve levar a uma diminuição da

morbimortalidade materna, bem como a maus desfechos neonatais (COHEN, GROSSMAN, ONONO, BLAT, NEWMANN, BURGER, et al. 2017).

O direito a decidir sobre ter ou não filhos está assegurado pelo Código de Ética Médica, no seu artigo 42, que diz: “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre explicar sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método (CFM; 2009)”. “Toda pessoa vivendo ou convivendo com HIV tem direito a continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva, e nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos a cidadania (ENONG; 1989)”. O desejo de ter filhos deve ser discutido nos atendimentos, visando proporcionar as pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério, além de reforçar que o planejamento reprodutivo é um direito, assegurando a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos.

Existem alguns princípios que devem nortear o modelo e a oferta dos serviços relacionados à fertilidade para pessoas em parcerias sorodiferentes para a infecção do HIV. No que diz respeito às orientações, os profissionais de saúde devem dar suporte a tomada de decisões conscientes e voluntárias sobre as escolhas reprodutivas, a fim de criar ambientes que reduzam o estigma associado ao HIV e aos problemas de fertilidade ou infertilidade, assim como devem encorajar a revelação segura e voluntária do estado sorológico do HIV, das intenções relacionadas à fertilidade e desejo dos parceiros (HEFFRON; 2015).

Essa revelação do diagnóstico da pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA) para os parceiros sexuais dá ao outro a oportunidade de decidir sobre seus próprios riscos, além de facilitar a identificação dos casos de exposição sexual e a necessidade de prescrição de profilaxia medicamentosa pré- ou pós-exposição, quando for o caso (BRASIL; 2018).

O acesso universal ao tratamento e a prevenção da infecção pelo HIV e das demais infecções sexualmente transmissíveis possibilitou transformar o cenário da epidemia no país. A queda nas taxas de transmissão vertical do HIV, a redução da morbimortalidade da infecção e o aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e Aids são uma realidade, caracterizando o atual perfil crônico da doença.

No entanto, nesse novo cenário, também surge a necessidade de abordar as demandas específicas das populações mais jovens, em idade sexual ativa, e aprofundar o tema da saúde sexual e reprodutiva de forma ampla, não se restringindo apenas as recomendações de utilização

de preservativos e aconselhamento anticoncepcional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que sejam oferecidas as mulheres vivendo com HIV intervenções voltadas para o autocuidado e empoderamento sobre direitos referentes à sua saúde sexual e reprodutiva. Também é importante considerar as diferenças regionais e questões específicas de grupos populacionais sob maior vulnerabilidade, com ênfase nas desigualdades de gênero, incluindo as mulheres transexuais e os adolescentes (BRASIL; 2018).

O aconselhamento reprodutivo e a sistematização da abordagem da equipe de saúde que tem por objetivo informar, orientar e proporcionar um espaço seguro de discussão para a tomada de decisões relativas à concepção e anticoncepção. Pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, em todos os momentos do atendimento. A saúde reprodutiva deve fazer parte de um processo que vai além da atenção ao pré-natal – que só acontece após o diagnóstico da gravidez – e do parto (BRASIL; 2018). As intervenções de planejamento reprodutivo devem ser individualizadas de acordo com cada situação apresentada, levando-se em conta as vulnerabilidades sociais e individuais. Para a concepção, deve ser ofertada orientação desde o período de planejamento reprodutivo até o pré-natal, parto e puerpério, com informações sobre estratégias de redução da transmissão vertical do HIV e outras IST, bem como para as parcerias sexuais. As ações de concepção devem incluir abordagem à identificação de práticas sexuais de risco e oferta de prevenção combinada, além de ações de anticoncepção para todas as pessoas em idade reprodutiva que o desejarem (BRASIL; 2018).

Sabe-se que o risco de transmissão materno infantil ocorrer em qualquer período do ciclo gravídico puerperal, desde da gestação, como parto, amamentação e puerpério. Portanto recomenda-se também que o(a) parceiro(a) soropositivo(a) esteja em tratamento e com carga indetectável, durante o período de planejamento reprodutivo. Com os avanços no tratamento as pessoas infectadas pelo HIV estão vivendo vidas mais longas e saudáveis. O tratamento do HIV em mulheres grávidas positivas com antirretroviral e a profilaxia de seus recém – nascidos com zidovudina, junto ao manejo apropriado, reduzi a transmissão vertical do HIV para < 2% (JULIE, STANITIS, DANIEL; 2008).

Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento (WHO; 2016), estará bem estabelecido que esse risco aumenta entre 15% a 45% (BRASIL; 2018). A taxa de transmissão vertical do HIV é < 1% em gestantes em uso de antirretroviral e que mantêm níveis de carga viral < 1.000 cópias/ml,

sendo, portanto, muito baixo o risco de transmissão quando a carga viral estiver indetectável.

2. JUSTIFICATIVA

Diante do cenário crescente no número de casos de gestante HIV positivo faz-se necessárias intervenções efetivas desde o planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério; ressaltando não somente a importância da prevenção na transmissão vertical, mas a autonomia da mulher em seus direitos sexuais e reprodutivos, entendendo suas necessidades como mãe e mulher.

Conhecer o perfil socioeconômico, obstétrico e clínico das mulheres gestantes soropositivas para o HIV, e o caminho que elas percorrem desde a concepção até a chegada do filho, podendo assim, contribuir para o fortalecimento de estratégias voltadas para mudanças no comportamento reprodutivo dessas mulheres.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil socioeconômico, obstétrico e clínico de mulheres gestantes soropositivas para o vírus do HIV em uma maternidade de referência em Fortaleza – CE.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e econômico das gestantes HIV positivo, acompanhadas em uma maternidade de referência em Fortaleza-CE;
- Apresentar o perfil obstétrico das gestantes HIV positivo acompanhadas no pré-natal, em uma maternidade de referência em Fortaleza-CE;
- Analisar condições clínicas do HIV das gestantes em acompanhamento.

4. MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, com corte transversal. O estudo epidemiológico descritivo estabelece a disseminação das doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, pessoa (indivíduo) e lugar, sendo relevantes para o entendimento da realidade e para formular hipóteses a serem testadas em outros estudos (MARTINS, et al, 2013).

4.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma maternidade terciária de referência, no estado do Ceará, para acompanhamento do pré-natal e parto de gestantes de alto risco, entre elas as gestantes HIV positivo, localizada no município de Fortaleza – CE. A referida instituição é referência em assistência materno-infantil, que tem como missão realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido, com a visão de ser uma instituição acreditada, referência regional em pesquisa na área de saúde da mulher e perinatal, com profissionais capacitados e cenários de práticas adequados, com valores, mantendo o compromisso com a vida, o acolhimento das pessoas, a formação para o cuidado em saúde, a realização de pesquisas com excelência e governança corporativa (EBSERH; 2016).

A escolha do local da pesquisa foi baseada na média de atendimentos realizados para população escolhida no estudo. Atualmente o referido serviço atende cerca de 40% das gestantes com diagnóstico de HIV positivo no estado do Ceará, baseado no número de notificações registradas no ano de 2019.

O período da pesquisa compreendeu entre os meses de janeiro a dezembro de 2020.

4.3 População da pesquisa

Mulheres gestantes com diagnóstico confirmado pela infecção do vírus HIV em qualquer idade gestacional. O método de amostragem foi não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram: gestantes com diagnóstico de infecção pelo vírus HIV em qualquer idade

gestacional em acompanhamento de pré-natal no local escolhido para o estudo.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a dezembro de 2020. As informações foram coletadas através de entrevista informal, com ajuda de um questionário estruturado com perguntas fechadas.

O questionário era composto por três eixos temáticos: antecedentes socioeconômico, perfil obstétrico e condições clínicas da infecção pelo vírus HIV. Utilizamos a ferramenta *Google Forms*¹ para digitação das respostas coletadas.

As gestantes foram abordadas durante a espera das consultas de pré-natal, no primeiro momento explicamos o objetivo da pesquisa para as participantes, e o quanto a pesquisa poderia contribuir com as ações de planejamento reprodutivo das mulheres que vivem com HIV. Posteriormente foi abordado a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, e por fim a aplicação do questionário.

As participantes poderiam interromper a entrevista no momento que se sentissem constrangidas ou não quisessem falar sobre a temática.

4.5 Análise de dados

As análises descritivas das variáveis estatísticas foram consolidadas e analisadas utilizando planilhas do programa Excel, foram utilizadas frequência absoluta, relativa, média e mediana. E os dados foram apresentados em forma de gráfico e tabelas.

4.6 Aspectos éticos

Na realização desta pesquisa, foi obedecida a Resolução nº 580 de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde. Foram preservados os preceitos bioéticos fundamentais de respeito ao indivíduo, da autonomia, da beneficência e da justiça, da confidencialidade e privacidade dos indivíduos, respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, hábitos e

¹O *Google Forms* é um serviço gratuito para criar formulários online. Nele, o usuário pode produzir pesquisas de múltipla escolha, fazer questões discursivas, solicitação e avaliação em escala numérica, entre outras opções.

costumes. Ressalta-se que o estudo só teve início após aprovação do Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) sob o Parecer nº 4.001.979. As informações obtidas serão mantidas em sigilo absoluto, preservando os princípios éticos. Foram garantidos o emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa, podendo haver publicações dos resultados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de coleta de dados foram entrevistadas 75 gestantes, que correspondem a 72,1% de todas as gestante acolhidas na unidade de referência quando comparado com o número de gestantes atendidas no ano anterior à coleta de dados(em 2019) onde foram atendidas 104 gestantes HIV positivo.

Os resultados serão apresentados em 3 (três) eixos temáticos: Dados sociodemográficos e econômicos, Perfil obstétricos e Situação clínica da infecção do vírus HIV.

5.1 Dados sociodemográficos e econômicos

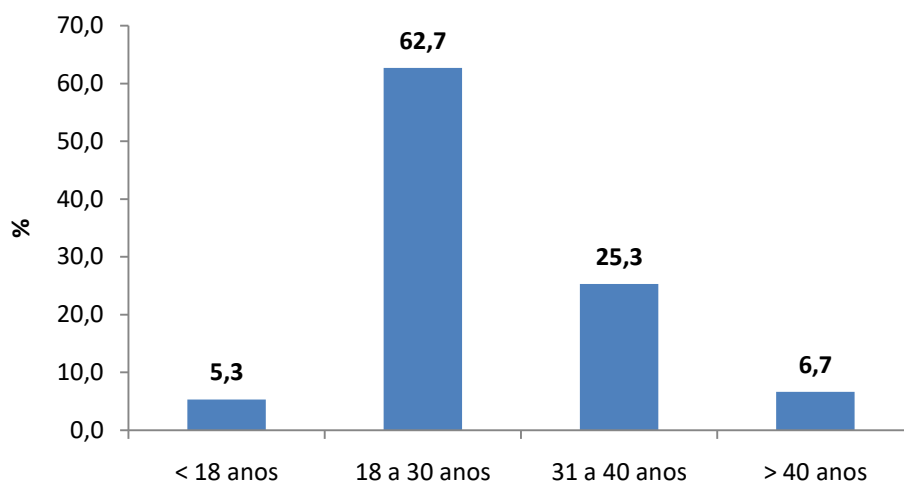
No componente dos dados sociodemográficos foram analisadas as seguintes variáveis: município de residência, idade, raça/cor, escolaridade, situação conjugal erenda familiar.

A pesquisa foi realizada em uma maternidade terciária especializada em assistência ao pré-natal de alto risco, que é referência para os 184 municípios cearenses, sendo assim, as gestantes atendidas nessa unidade possuem origens diversas. Das 75 mulheres entrevistadas, 33,3% (24/75) eram domiciliadas na capital Fortaleza, e as demais eram oriundas do interior do estado, distribuídas em 25 municípios diferentes.

A idade entre as entrevistadas variou entre 13 a 48 anos e a média de idade foi de 27,8 anos. Dentre elas, 62,7% (47/75) tinham entre 18 a 30 anos de idade, 25,3% (19/75) de 31 a 40 anos, 6,7% (5/75) mais de 40 anos e 5,3% (4/75) eram menores de 18 anos de idade, conforme figura 01.

Os dados encontrados corroboram com o estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte em 2014, que observou-se que a média de idade das gestantes HIVpositivo foi de 26,8 anos, sendo a mais jovem com 16 anos e a de maior idade com 40 anos (CARVALHO; 2014).

Figura 01: Proporção de gestantes HIV positivo segundo faixa etária em uma maternidade de referência (Fortaleza;2020)



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Em relação a variável raça/cor: 86,7% (65/75) das entrevistadas quando indagadas quanto a cor da pele se consideraram pardas, 8% (6/75) negras, 4% (3/75) brancas e 1,3 (1/75) da cor amarela.

A cor parda é a raça mais referida em alguns algumas regiões brasileiras chegando a 70,5% no estado do Ceará em uma estudo que avalia a cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil (MIRANDA; 2016).

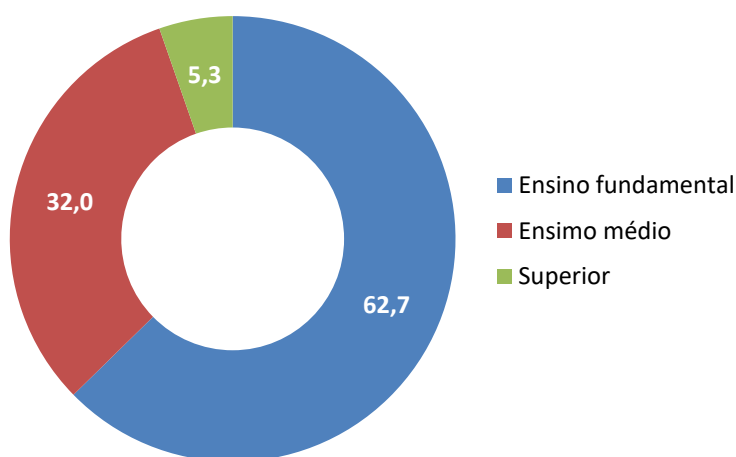
Tabela 01: Proporção de gestantes HIV positivo segundo raça/cor em uma maternidade de referência (Fortaleza;2020)

Raça/cor	Nº	%
Parda	65	86,7
Negra	6	8
Branca	3	4
Amarela	1	1,3
Total	75	100

Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

No tocante a escolaridade, 62,7% (47/75) das gestantes cursaram até ensino fundamental completo, 32% (24/75) o ensino médio e 5,3% (4/75) concluíram o ensino superior (figura 2). Os percentuais acima também foram apurados no estudo realizado em 2021, onde identificou que a maioria (43,4%) das mulheres que vivem com HIV/Aids possuem o ensino fundamental completo (OLIVA VENEREO; 2021).

Figura 02: Proporção de gestantes HIV positivo segundo escolaridade em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020).



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Analisando a situação conjugal das entrevistadas concluiu-se que 53,3% (40/75) vivem em união estável sem formalização, 36% (27/75) são solteiras e 10,7% (8/75) casadas, conforme tabela 2.

Alves (2022) discorre sobre a situação conjugal em seu estudo como um tema relevante para a percepção de segurança materna. Visto que a união estável e/ou o casamento são predominantes na maioria dos artigos que avaliam o estado civil de parturientes.

Claramente, a presença de um companheiro ou companheira durante o período gestacional propicia, na divisão de angústias, resolução de dúvidas e melhor equilíbrio no bem-estar materno e fetal, desde o período pré-natal, puerpério e na criação do filho. Vale lembrar que a mãe solteira ou sem nenhum relacionamento não deve ser encarada com julgamentos (ALVES et al; 2022).

Tabela 02: Proporção de gestantes HIV positivo segundo situação conjugal em uma maternidade de referência (Fortaleza;2020).

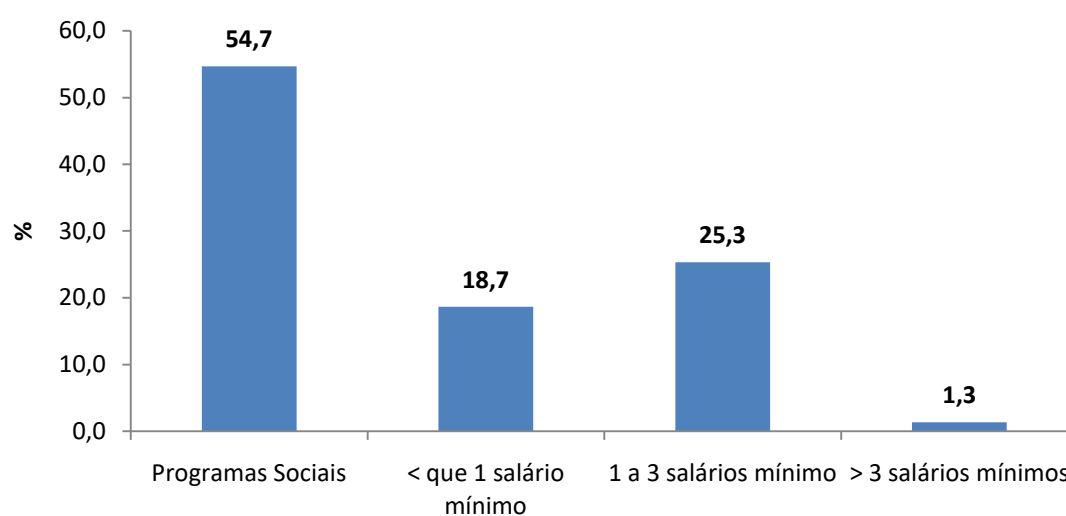
Situação conjugal	Nº	%
União Estável	40	53,3
Solteira	27	36
Casada	8	10,7
Total	75	100

Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Quando questionadas sobre a renda familiar 54,7% (41/75) sobrevivem de recursos oriundos de programas sociais do Governo Federal, já 25,3% (19/75) possuíam renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, 18,7% (14/75) vivem com menos de um salário mínimo e apenas 1,3% (1/75) possuía renda maior que 3 (três) salários mínimos.

Siqueira (2020) em seu estudo, relatou que 70% das mães HIV positivo não possuem remuneração proveniente de trabalho formal e que 35,7% referiram ao recebimento de Bolsa Família, programa assistencial do Governo Federal (SIQUEIRA; 2020).

Figura 03: Proporção de gestantes HIV positivo segundo renda familiar em uma maternidade de referência (Fortaleza;2020).



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

5.2 Perfil Obstétrico

Em relação ao perfil obstétrico das participantes da pesquisa foram investigadas as seguintes variáveis: atual trimestre gestacional, número de gestações, número de filhos vivos, riscos para complicações obstétrica na atual gestação, desejo de via de parto, indicação clínica da via de parto e desejo de futuras gestações.

No momento das entrevistas, 49,3% (37/75) das gestantes encontravam-se no 2º trimestre gestacional, 36% (27/75) estavam no 3º trimestre e 14,7% (11/75) no 1º trimestre. Na variável, no número de gestações, encontramos os seguintes resultados: 17,3% (13/75) eram primíparas e 82,7% (62/75) eram multíparas, com variação de 1 a 8 gestações com média de 4 gestações por entrevistada. Destacamos que 35,4% (22/62) das multíparas, referenciaram-se a ocorrência de pelo menos 01 aborto espontâneo ao longo das gestações, e 1 referenciou-se a ocorrência de 3 abortos entre as gestações. Foram registrados também a ocorrência de 7 natimortos entre as pesquisadas, e 3 mulheres relataram ter filhos com diagnóstico de HIV por transmissão vertical. Quando indagadas a motivação das possíveis perdas gestacionais, nenhuma referiu abortamento provocado.

Os dados apresentados, aproximam-se de um estudo realizado em 2020. Onde, das mulheres HIV positivo com gestação anterior, 52% registraram algum aborto. Porém, diferente dos achados deste estudo; destas, 64,5% relataram a ocorrência de algum aborto induzido (DOMINGUES; 2020). No tocante número de filhos vivos variou de 1 a 5 filhos por entrevistada, com média de 3 filhos por gestante, 77,4% (48/62) tinham entre 1 a 2 filhos, e 22,6% (14/62) de 3 a 5 filhos (tabela 3).

Tabela 03: Proporção de gestante HIV positivas segundo trimestre gestacional, número de gestações e número de filhos vivos em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020).

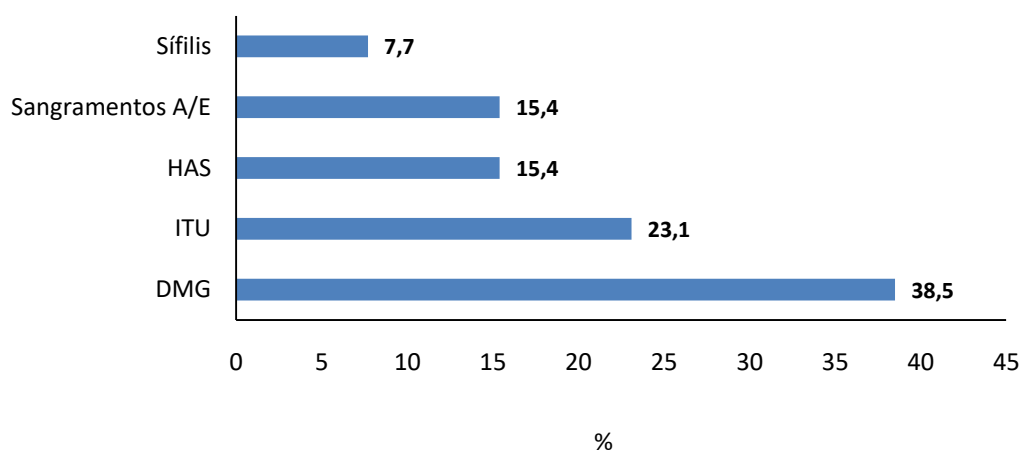
Variável	Nº	%
Trimestre gestacional		
1º trimestre	11	14,7
2º trimestre	37	49,3
3º trimestre	27	36
Total	75	100

Número de gestações		
Primípara	13	17,3
Múltipara	62	82,7
Total	75	100
Filhos vivos		
01 a 02	48	77,4
03 a 05	14	22,6
Total	62	100

Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Quando questionadas quanto aos riscos de complicações existentes na atual gestação, 34,6% (26/75) afirmavam ter o fatores adicionais a possíveis complicações obstétricas, entre elas: diabetes gestacional com 38,5% (10/26) das mulheres acometidas, 23,1% (6/26) infecção do trato urinário seguidos com o mesmo percentual de acometimento, em 15,4% (4/26) hipertensão arterial sistêmica e sangramentos a esclarecer e 7,7% (2/26) foram diagnosticadas com sífilis na atual gestação, conforme gráfico abaixo. Os achados corroboram com o estudo de Rorig e Silva (2022) que avaliou 54 das gestantes HIV positivo de alto risco, onde: 7 (13%) possuíam hipertensão arterial crônica e outras 7 (13%) desenvolveram diabetes mellitus gestacional, e complicações gestacionais mais frequentes (RORIG, SILVA; 2022)

Figura 04: Proporção de gestantes HIV positivo segundo riscos de complicações obstétricas na atual gestação em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020).



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

A via de parto para gestantes HIV positivo deve ser discutida entre a equipe médica e a mãe, considerando eventuais riscos de transmissão vertical para o bebê, mas sempre respeitando os desejos da mulher em relação ao parto. Questionamos as entrevistadas qual o desejo de via de parto para o nascimento dos seus filhos e qual indicação médica já discutida entre a equipe de assistência; 56% (42/75) das gestantes desejavam ter seus filhos por via vaginal e 44% (33/75) das mulheres desejavam cesariana. Porém ao investigar as indicações obstétricas, apenas 28% (21/75) já tinham indicação de via de parto definido por indicação médica. Das gestantes com via de parto definido, 76,1% (16/21) tinham indicação médica para cesariana e 23,9% (5/21) tinham indicação de parto por via vaginal.

Em estudo realizado no Sul do país em 2010, observou-se que 75,9% das gestantes com diagnóstico de HIV positivo tiveram seus filhos por cesariana, 17,0% por via vaginal e em 7,1% dos casos a via de parto foi desconhecida (KONOPKA et al; 2010).

Já em outro estudo realizado em 2002 onde aborda a cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo HIV, quando questionadas sobre as expectativas em relação ao parto, evidenciou-se que mais da metade das entrevistadas tinham predileção por cesária marcada, justificado em sua maioria, pela condição de soropositiva para o HIV, a redução do risco de transmissão do vírus ao feto, indicação da equipe de saúde, e ainda maior possibilidade de obter uma ligadura tubária (KNAUTH; 2002).

Tabela 04: Proporção de gestantes HIV positivo segundo desejo da via de parto e indicação clínica da via de parto em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020).

Variável	Nº	%
Desejo de via de parto (mãe)		
Vaginal	42	56
Cesário	33	44
Total	75	100
Indicação clínica da via de parto (avaliadas)		
Vaginal	16	76,1
Cesário	5	23,9
Total	21	100

Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Entendendo a condição sorológica das pesquisadas perguntamos sobre o desejo de futuras gestações e 80% (60/75) informaram não desejar gestações futuras e 20% (15/75) entendiam que sua condição sorológica não era impeditivo para novas gestações.

5.3 Situação Clínica da Infecção pelo vírus HIV

Na situação clínica da infecção pelo vírus do HIV, vamos analisar as seguintes variáveis: momento do diagnóstico, ano do diagnóstico, compartilhamento do diagnóstico com o parceiro, situação sorológica do parceiro, vinculação com serviço de atenção especializada, e maternidade de assistência, avaliação dos exames de CD4 e carga viral, início da terapia antiretroviral e por último orientações sobre o planejamento reprodutivo.

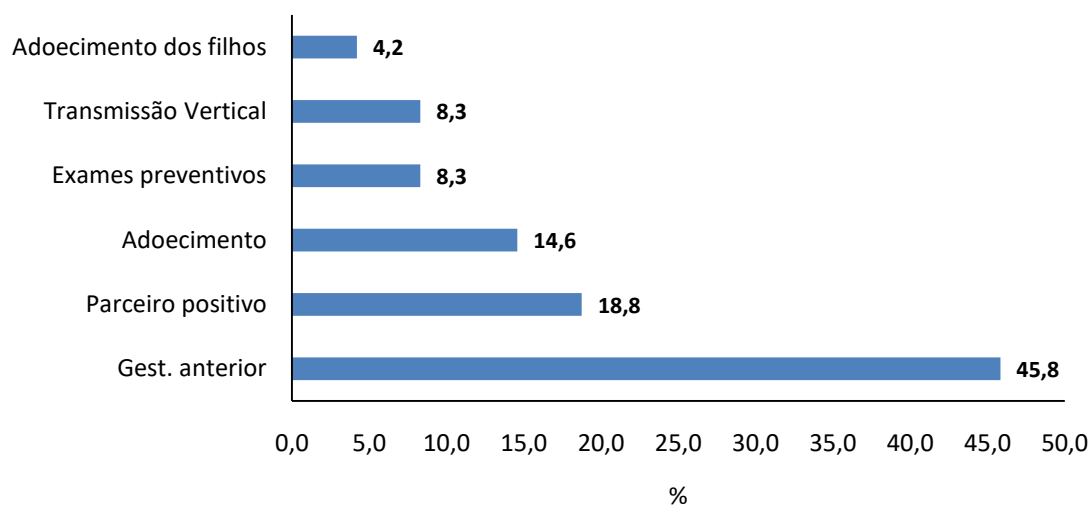
Das gestantes entrevistadas 64% (48/75) tinham diagnóstico anterior a atual gestação e 36% (27/75) obtiveram o diagnóstico na atual gestação, por meio dos exames realizados durante o pré-natal. Investigamos em qual situação as gestantes que possuíam conhecimento prévio da infecção do HIV foram diagnosticadas.

Conforme figura 5, identificamos que 45,8% (22/48) foram diagnosticadas em gestações anteriores, 18,8% (9/48) através do diagnóstico do parceiro, 14,6% (7/48) por adoecimento, com o mesmo percentual de 8,3% (4/48) por meio de exames preventivos e transmissão vertical e 4,2% (2/48) pelo adoecimento/diagnóstico dos filhos (figura 05).

Juntando as gestantes que tiveram diagnóstico prévio em gestações anteriores e as diagnosticadas na atual gestação, essas, representam 65% (48/75) de diagnóstico realizado durante o pré-natal. Os anos de diagnóstico variou de 1995 a 2020, entre as diagnosticadas nos últimos 10 anos, 26,7% (20/62) tiveram o diagnóstico no ano da pesquisa (2020).

Na cidade de Maceió (2017), um estudo revelou que o percentual de gestantes que tiveram acesso ao diagnóstico durante o pré-natal liderou na maioria dos anos estudados, com 41,3%. A evidência sorológica antes do pré-natal foi responsável por 34,4%, confirmando que uma das portas de acesso ao diagnóstico entre as mulheres é o pré-natal (SILVA, SANTOS, TAVARES; 2017).

Figura 05: Proporção de gestantes HIV positivo segundo situação prévia de diagnóstico em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020)



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Na estratégia de controle da infecção pelo vírus HIV, as parcerias sexuais podem e devem ser envolvidas no processo do diagnóstico e tratamento. Investigamos inicialmente se as mulheres haviam compartilhado os seus diagnóstico com os atuais parceirossexuais e89,3% (67/75) já haviam realizado o compartilhamento do diagnóstico, porém10,6% (8/75) não se sentiram à vontade de compartilhar sua sorologia até o momento.

Quando indagadas sobre o conhecimento da sorologida de suas parcerias sexuais, 76% (57/75) tinham ciência das condições sorológicas dos parceiros; destes:35,1% (20/57) tiham sorologia positiva para o HIV, e 24% (18/75) não tinha conhecimento da condição sorológica do parceiro. Identificamos que 5 (cinco) casais foram diagnosticados juntosna atual gestação da parceira (tabela 5).

Em um estudo de revisão integrativa realizado em 2021, concluiu-se quea revelação do diagnóstico ao parceiro possibilita expressar sentimentos, anseios e inseguranças, além de esperar receber apoio emocional, favorecendo até mudanças nos hábitos sexuais do casal. Porém, por vezes, essa divulgação tem implicações como: fim do relacionamento, desconfiança, abuso e perda de controle sobre o sigilo, e até alguns relatos de agressão após a revelação do diagnóstico (CAVALCANTE et al; 2021).

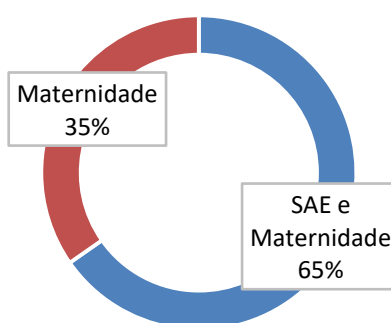
Tabela 05: Proporção de gestantes HIV positivo segundo compartilhamento do diagnóstico e condição sorológica do parceiro em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020).

Variável	Nº	%
Compartilharam o diagnóstico com o parceiro		
Sim	67	89,3
Não	8	16,6
Total	75	100
Condição sorológica do parceiro		
Positivo (HIV)	20	35,1
Negativo (HIV)	37	64,9
Total	57	100

Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Outra estratégia importante para o controle do HIV é a vinculação dos pacientes aos serviços de saúde para tratamento e acompanhamento adequado. Identificamos que 65,3% (49/75) das mulheres estavam vinculadas a alguns serviço de atenção especializada ao HIV/Aids além da maternidade, e 34,7% (26/75) estão apenas vinculada à maternidade, necessitando de encaminhamento posterior (figura6).

Figura 06: Proporção de gestantes HIV positivo segundo vinculação em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020).



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Os exames de monitoramento clínico da infecção do HIV são realizados a partir da contagem de células TCD4 e a carga viral do patógeno, lembramos também que esses marcadores auxiliam no seguimento e na decisão da via de parto de cada gestante em acompanhamento. Foi realizada uma busca nos prontuários individuais a cerca dos resultados desses dois exames, só foram localizados resultados de CD4 em 21 prontuários e a carga viral de 38 pacientes. Ou seja, menos da metade das gestantes possuíam os dois exames disponíveis no momento da entrevista.

Em relação a contagem de células TCD4 observou-se que 52,4% (11/21) das gestantes que tinham resultado disponível em prontuário e que estavam com resultado acima de 500 células/mm³, 42,8% (9/21) entre >200 a <500 células/mm³ e 3% (1/21) com células abaixo 200 células/mm³, conforme distribuição da tabela 6. Quando analisamos os resultados encontrados de Carga Viral concluímos que 76,3% (29/38) das gestantes com resultado disponível até o momento estavam com resultado indetectável (tabela 6).

Tabela 06: Proporção de gestantes HIV positivo segundo exames laboratoriais (contagem de células CD4 e Carga Viral) em uma maternidade de referência (Fortaleza; 2020).

Variável	Nº	%
Contagem de células CD4		
< 200 células/mm ³	1	3,0
≥200 a < 500 células/mm ³	9	42,8
≥ 500 células/mm ³	11	52,4
Total	21	100
Carga Viral		
Indetectável	29	76,3
Detectável	9	23,7
Total	38	100

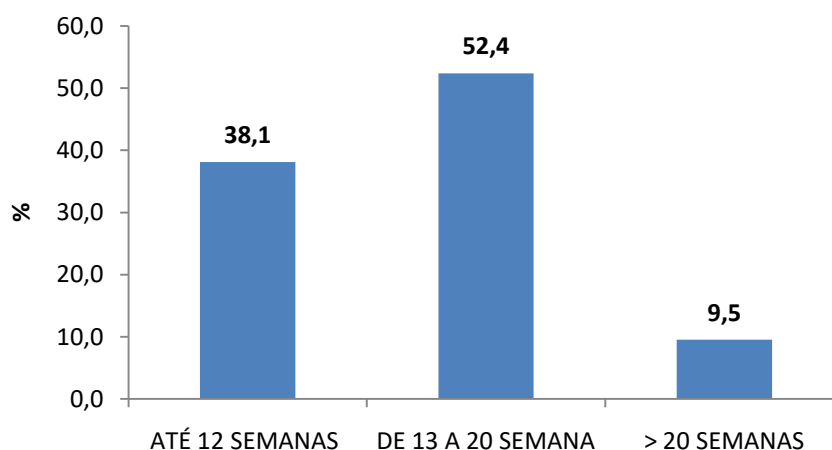
Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Outro ponto importante na assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids é o início da terapia antirretroviral, principalmente nas grávidas, visto que quando iniciado precocemente diminuem as chances de transmissão vertical do vírus, prioritariamente quando iniciada antes da

12º semana gestacional. Nesse tocante, 48 gestantes já fazia uso de TARV em decorrência do diagnóstico prévio, das demais gestantes, 21 iniciaram o antirretroviral na atual gestação (figura 07) e outras 6 (seis) das entrevistadas ainda aguardavam prescrição da terapia medicamentosa.

Em um estudo com 185 gestantes, 181 mulheres (97,8%) fizeram uso de TARV durante o pré-natal. Dentre essas, 119 (64,3%) iniciaram os TARV durante a gestação; a grande maioria para profilaxia da transmissão vertical. A mediana da idade gestacional ao início dos TARV foi 22 semanas, variação de 10 a 38 semanas (MELO et al; 2005).

Figura 07: Proporção de gestantes HIV positivo segundo início da terapia antiretroviral em uma maternidade de referência (Fortaleza;2020)



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2020.

Ao finalizar, questionamos às entrevistadas que possuíam diagnóstico prévio à gestação atual, se em algum momento após o diagnóstico da infecção pelo vírus HIV haviam recebido orientações sobre planejamento reprodutivo e suas possibilidades.

Apenas 37,5% (18/48) haviam sido orientadas em relação a planejamento reprodutivo; dessas, 14 haviam sido orientadas quanto a boa adesão ao tratamento, e como poderia auxiliar em uma futura gestação; para 4 (quatro) foram apresentadas as estratégias de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV. Dez (10) das entrevistadas relataram que realizaram busca de informações em sites na internet e 41,6% (20/48) das mulheres não receberam nenhum tipo de orientação, mesmo com o diagnóstico, e estando em idade reprodutiva.

Em uma revisão de literatura sobre os cuidados de enfermagem às gestantes HIV positivas, concluiu-se que a maior prevalência foi: “acompanhar e orientar o tratamento da TARV”, seguido de “orientação quanto aos cuidados”; estas foram as medidas profissionais mais realizadas para esse público, corroborando com os dados acima apresentados (GONÇALVES; 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi realizada no ano de 2020 com um total de 75 mulheres grávidas com diagnóstico da infecção pelo vírus HIV, em qualquer idade gestacional, atendidas em uma maternidade terciária de referência. Destas, 33,3% eram oriundas da capital Fortaleza e as demais provenientes do interior do estado.

Entre as participantes do estudo, 62,7% tinham entre 18 e 30 anos de idade, em sua maioria da raça/cor parda (autorreferido); com ensino fundamental completo. A situação conjugal foi caracterizada por união estável sem formalização e a maior fonte de renda por meio de programas sociais do Governo Federal. O que caracteriza a pauperização do HIV/Aids e de todas as questões sociais envolvidas entre os infectados.

No momento da entrevista, 49,3% das gestantes estavam no 2º trimestre gestacional, 82,7% eram multíparas com média de 4 (quatro) gestações por entrevistada, 22 mulheres referenciaram abortos prévios e 7 natimortos entre as gestações anteriores. Em relação ao número de filhos vivos, 64% tinham entre 1 e 2 filhos; 34,6% das gestantes apresentavam risco aumentado para complicações obstétricas em decorrência as condições patológicas durante a atual gestação. É perceptível que as mulheres que vivem com HIV devem ser assistidas qualitativamente em seus direitos reprodutivos, visto o grau de complexidade e demandas associadas a geração de um filho.

A via de parto mais desejada entre as entrevistas foi a via vaginal com 56%, porém a via de parto definida entre as gestantes que já possuíam indicação clínica para parto foi a via cesariana levando em consideração a condição de saúde atual das gestantes. Ressaltamos que apenas 28% das gestantes haviam sido avaliadas quanto a indicação clínica do parto, mesmo que, 85,3% (64/75) das participantes do estudo já se encontrava entre o 2º e 3º trimestre gestacional.

Podemos concluir um possível atraso nas indicações clínicas desses partos por diversas

circunstâncias como: atraso na referência ao serviço de alto risco (fila), a demora na solicitação, realização e resultados dos exames laboratoriais entre outras, que podem interferir em uma assistência ao parto de qualidade conforme preconizado nos protocolos ministeriais. Quando indagadas sobre o desejo de futuras gestações, 80% informaram não desejar gestações futuras e 20% entendiam que sua condição sorológica não era impeditivo para as próximas gestações.

Das gestantes, 64% já possuíam diagnóstico da infecção pelo vírus HIV antes da atual gestação, dessas: 45,8% foram diagnosticadas na gestação anterior em decorrências aos exames pré-natais. Dado comprovante de que o pré-natal é uma das principais portas de acesso ao diagnóstico do HIV entre as mulheres. Chamamos a atenção também para as outras formas de diagnóstico que evidenciam uma possível falha da assistência, como as diagnosticadas após o adocimento, por transmissão vertical e pela infecção dos filhos. Os anos de diagnóstico variaram entre os anos 1995 a 2020, ano da coleta de dados.

No compartilhamento do diagnóstico com a parceria sexual, 89,3% já haviam compartilhado a sorologia com o parceiro, 76% tinham ciência da condição sorológica do parceiro e destes, 35,1% têm sorologia positiva para o HIV, destacamos que 5 casais tiveram diagnósticos juntos na ocasião da gestação da parceira, evidenciando novamente que o pré-natal também se configura como uma porta de acesso aos parceiros sexuais quando feita uma abordagem qualitativa com o casal.

Foi observado que 65% das pacientes possuíam vinculação não somente na maternidade de referência como em um serviço de atenção especializada em HIV/Aids, essa vinculação é considerada de suma importância visto que após o nascimento do bebê tanto a mãe como o filho farão o seguimento do tratamento em um desses serviços especializados.

Na análise das condições clínicas das entrevistadas, mais da metade: 52,4% possuíam boa contagem de células TCD4 e 76,3% encontravam-se com a carga viral indetectável, apesar dos bons resultados, destacamos que esses dados são os de menor representação dentro da população estudada, visto que menos da metade das mulheres tinham os dois exames registrados em prontuário durante o período da pesquisa.

O início da TARV é outro fator importante para o controle da transmissão vertical, 64% das entrevistadas já faziam uso da terapia medicamentosa em decorrência do diagnóstico prévio, as demais, 21 iniciaram a terapia na atual gestação, dessas 52,4% entre a 13ª e 20ª semana gestacional. Outras 6 gestantes ainda aguardavam prescrição para o início da terapia, consequentemente gerar-se há maior cuidado na assistência ao parto dessas mulheres.

Ao finalizar, questionamos as entrevistadas que possuíam diagnóstico prévio se em algum momento após o diagnóstico haviam recebido orientações sobre planejamento reprodutivo e suas possibilidades. Apenas 37,5% receberam orientações, destas 14 haviam sido orientadas quanto que a boa adesão ao tratamento, 4 (quatro) foram apresentadas a estratégia de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PerP). Dez das entrevistadas relataram que buscaram informações por interesse próprio e 41,6% (20/48) das mulheres não receberam nenhum tipo de orientação, evidenciando que ainda há muito a ser feito quando se trata de planejamento reprodutivo às mulheres que vivem com HIV/Aids em nosso estado.

Podemos então concluir que as políticas à prevenção do HIV/Aids em mulheres devem ser concentradas ainda no momento pré-concepção, com oferta de exames periódicos, orientações sobre redução de danos. Outro ponto importante é o manejo da gestante já com o diagnóstico, orientá-las o quanto a concepção é segura; com a redução dos risco da transmissão vertical, empoderá-las a gestar de forma segura e saudável, além de uma assistência pré-natal com exames e tratamento oportunos. Só assim iremos frear a cadeia da transmissão e alcançar os indicadores almejados de eliminação da transmissão vertical do HIV, considerando que esse agravo é evitável quando ofertado as condições necessárias e oportunas para a mãe e seu filho.

Por fim, tivemos limitações no estudo relacionadas ao período da coleta que se compreendeu durante um ano pandêmico de Covid-19 em nosso país, a coleta por vezes precisou ser suspensa por medidas sanitárias de segurança. Além do limitante da própria logística da assistência ao pré-natal, visto a periodicidade das consultas e a capacidade da intuição da pesquisa. Sugerimos que mais estudos sejam realizados a fim de compreendermos quais os fatores influenciam os desfechos perinatais, e quais as repercussões futuras aos nascidos vivos de mães HIV positivo. Buscando sempre respeitar e priorizar a autonomia da mulher no gestar seguro, preservando o binômio mãe e filho.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gustavo Arruda; Carolina Disconzi Dallegrave; Rafaela Rodolfo Tomazzoni; Rafaella Willig de Quadros; Maria Carolina Wensing Herdt; Maria Zélia Baldessar; Grazielle Alves Bento. **Influência de Vulnerabilidades Sociais e Clínicas de Parturientes em Relação ao Perfil de Recém-Nascidos em um Hospital do Sul do Brasil**. Rev. AMRIGS ; 66 (3): 01022105, jul.-set. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2018.

BRITO, L.S.F. Sistema de informação de agravo de notificação – Sinan. In: Fundação Nacional de Saúde. **Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica: Ministério da Saúde**. Brasília, p. 145-146, 1993.

CARVALHO, Camila Fernandes da Silva; Silva, Richardson Augusto Rosendo da. **Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres soropositivas em um pré-natal de alto risco**. Cogitare enferm., Curitiba, v. 19, n. 2, p. 292-298, jun. 2014. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362014000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 mar. 2023.

CAVALCANTE, M. A. E. da S. ; Rodrigues, S. T. C. ; Santos, A. A. P. dos ; Sanches, M. E. T. de L. ; Alves, S. M. ; Santos, L. T. O. dos ; Alves, T. L. . **O impacto do diagnóstico do HIV na gravidez ou pós-parto e seus efeitos na vida das mulheres: revisão integrativa de literatura**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e17010313157, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13157. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13157>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Secretaria Executiva em Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Fortaleza-CE, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica: Resolução CFM no 1.931/2009; **Código do Processo Ético Profissional: Resolução CFM no 2.023/2013/Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul** – Porto Alegre: Stampa Comunicação, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M., Silva, C. M. F. P. da ., Grinsztejn, B. G. J., Moreira, R. I., Derrico, M., Andrade, A. C., Friedman, R. K., Luz, P. M., Coelho, L. E., & Veloso, V. G.. (2020). **Prevalência e fatores associados ao aborto induzido no ingresso em uma coorte de mulheres vivendo com HIV/Aids**, Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2016.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, 36(Cad. Saúde Pública, 2020 36 suppl 1), e00201318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201318>. Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG). **Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids**. Porto Alegre (RS), 1989.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** – 6. Ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES TM, Souza AL, Gonçalves IS, Patrício ACFA. **Cuidados de enfermagem e manifestações clínicas de gestantes HIV positivo: revisão da literatura**. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2022 [acesso ano mês dia];14:e11526. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14>.

HEFFRON R, Davies N, Cooke I et al. **A discussion of key values to inform the design and delivery of services for HIV-aff ected women and couples attempting pregnancy in resource-constrained settings**. J Int AIDS Soc. 2015.

JULIE A. Stanitis, D.O., Daniel R. Grow, M.D., and Halina Wiczzyk, M.D. **Fertility services for human immunodeficiency virus–positive patients: provider policy, practice, and perspectives**. Department of Obstetrics and Gynecology, Baystate Medical Center, Western Campus of Tufts University, Springfield, Massachusetts.2008.

KNAUTH, D. R., Barbosa, R. M., Hopkins, K., Pegorario, M., & Fachini, R.. (2002). **Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 6(Interface (Botucatu), 2002 6(11)), 39–54. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200004>.

KONOPKA, C. K., Beck, S. T., Wiggers, D., Silva, A. K. da ., Diehl, F. P., & Santos, F. G. **Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do**

Brasil. Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia, 32(Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2010 32(4)), 184–190. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000400006>.

LIMA A.C.M.A.C.C., Costa CC, Teles L.M.R., Damasceno AKC, Oriá MOB. **Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV.** Acta Paul Enferm. 2014; 27(4):311-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400053Minayo>.

SOUZAM Maria Cecília de. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MELO, V. H., Aguiar, R. A. L. P., Lobato, A. C. de L., Cavallo, I. K. D., Kakehasi, F. M., Romanelli, R. M. de C., & Pinto, J. A. (2005). **Resultados maternos e perinatais de dez anos de assistência obstétrica a portadoras do vírus da imunodeficiência humana.** Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia, 27(Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2005 27(11)), 683–690. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005001100009>.

MIRANDA, A. E., Pereira, G. F. M., Araujo, M. A. L., Silveira, M. F. da ., Tavares, L. D. L., Silva, L. C. F. da ., Moreira-Silva, S. F., & Saraceni, V.. (2016). **Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil.** Cadernos De Saúde Pública, 32(Cad. Saúde Pública, 2016 32(9)), e00118215. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118215>.

OLIVA VENEREO, Dinorah de la Caridad; NING TOIRAC, Eddy; VINAS MARTINEZ, Arturo Luis. **Características clínico-epidemiológicas de mujeres con Virus de Imunodeficiencia Humana.** Boyeros. 1986-2016. Ver. haban cienc méd, La Habana , v. 20, n. 3, e4124, jun. 2021 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2021000300016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 10 abr. 2023. Epub 16-Jun-2021.

PURIFICAÇÃO, A.C.S. **Perfil epidemiológico de gestantes portadoras do HIV atendidas em uma unidade de referência.** Belém, Monografia (TCC) – Universidade Federal do Pará, 2011.

RORIG, Mayara da Rosa; Helena Caetano Gonçalves e Silva. **Avaliação da Adesão ao Pré-Natal das Gestantes Atendidas em um Ambulatório de Referência no Sul de Santa Catarina.** Rev. AMRIGS ; 66(3): 01022105, jul.-set. 2022.

SILVA CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. **Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):568-76. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>.

SIQUEIRA, P. G. B. de S., Miranda, G. M. D., Souza, W. V. de ., Silva, G. A. P. da ., & Mendes, A. da C. G.. (2020). **Hierarchical analysis of determinants of HIV vertical transmission: a case-control study.** Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil, 20(Rav. Bras. Saude Mater. Infant., 2020 20(4)), 985–995. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400005>.

WHO. **Mother-to-child transmission of HIV.** Geneva: WHO, 2016.

