



ISSN: 2230-9926

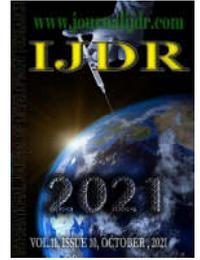
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 10, pp. 51236-51241, October, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22966.10.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE GESTANTES VIVENDO COM HIV EM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL: 2008-2018

Bruno Diniz Batista, Larissa Guil, Erildo Vicente Muller, Camila Marinelli Martins and *Carolina Mulinett Pereira

Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Escrita – Rascunho Original

ARTICLE INFO

Article History:

Received 09th August, 2021

Received in revised form

21st September, 2021

Accepted 19th October, 2021

Published online 30th October, 2021

Key Words:

HIV/AIDS;

Gestantes;

Pré-natal;

Puerpério.

*Corresponding author:

Carolina Mulinett Pereira

ABSTRACT

A prevalência de mulheres grávidas infectadas pelo HIV no Brasil é cerca de 0,4%. Apesar da obrigatoriedade do registro desde 2006, os casos diagnosticados e notificados de gestantes soropositivas correspondem a 70% do total estimado. OBJETIVO: Avaliar a associação entre tipo de parto e evolução da gestação em relação às características sociodemográficas, clínico-laboratoriais e gestacionais/puerperais das gestantes com HIV. MÉTODOS: Estudo epidemiológico longitudinal e retrospectivo com dados secundários oriundos da ficha de notificação de agravo, do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e prontuário físico de gestantes que utilizaram o Serviço de Assistência Especializada/Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Ponta Grossa – Paraná, no período de 2008 a 2018. Entre as 170 gestantes analisadas, constatou-se média de idade de 28 anos (dp = 7) com maior incidência na faixa etária de 20 a 34 anos, raça branca, status de ocupação ativo e ensino fundamental. RESULTADOS: Observou-se alta frequência de carga viral detectável; contagem linfocitária superior ou igual a 350 células/mm³; evidência laboratorial da infecção anterior ao pré-natal; alta frequência de cesárea e nascidos vivos. CONCLUSÃO: Este trabalho contribuirá para nortear políticas públicas para gestantes vivendo com HIV devendo estas focar na faixa etária de adultos jovens e com baixa escolaridade.

Copyright © 2021, Bruno Diniz Batista et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Bruno Diniz Batista, Larissa Guil, Erildo Vicente Muller, Camila Marinelli Martins and Carolina Mulinett Pereira. "Análise epidemiológica de gestantes vivendo com hiv em município do sul do Brasil: 2008-2018", *International Journal of Development Research*, 11, (10), 51236-51241.

INTRODUCTION

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) isolado em 1983 é responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (SILVA, 2016). O HIV pertence à família dos retrovírus humanos e possui como material genético o RNA. Além disso, possui dois sorotipos: HIV-1 e HIV-2 sendo, epidemiologicamente, o primeiro sorotipo o mais importante (KASPER, 2017; ALTICE, 2019). Seu ciclo celular está diretamente relacionado aos danos citopatológicos às linhagens celulares de linfócitos TCD4+, as quais sofrem danos quantitativos e funcionais durante a replicação viral desencadeando a AIDS em seu hospedeiro (KASPER, 2017). Inicialmente, a infecção pelo HIV acometia, predominantemente, homens homossexuais e bissexuais de classe média e alta, brancos, oriundos de grandes centros urbanos (RACHID, 2017). Todavia, a infecção tornou-se uma epidemia mundial apresentando, nos últimos anos, um perfil de heterossexualização da doença.

Como resultado, observou-se a elevação do número de novos casos entre mulheres (SILVA, 2016; BRASIL, 2019; UNAIDS, 2019). Mundialmente, observa-se uma tendência de declínio na taxa de novos casos de HIV/AIDS, entre os anos de 2010 e 2018 passando de 2,1 milhões para 1,7 milhões⁶. No Brasil, observa-se tendência de redução nas taxas de detecção de novos casos de HIV/AIDS nos últimos 10 anos. No período de 2008 a 2018, o número de novos casos de HIV/AIDS sofreu uma redução de 17,6% passando de 21,6 para 17,8 novos casos de HIV/AIDS por 100.000 habitantes, respectivamente. Além disso, observa-se também entre 2014 e 2018 redução de 22,8% na taxa de mortalidade pela doença no país (BRASIL, 2019; UNAIDS, 2019). As mulheres, entre 2007 e 2019, representaram cerca de 31% dos novos casos de infecção. Com relação às gestantes, especificamente, entre os anos de 2000 e 2019, foram notificados ao todo 125.144 novos casos de HIV/AIDS. A distribuição destas mulheres no território nacional não é uniforme, sabe-se que cerca de 73,9% residem na macrorregião Centro-Sul (RACHID, 2017; BRASIL, 2019). Entre as regiões do país,

notadamente, a região Sul, para o mesmo período analisado, foi responsável por 30% do montante de gestantes HIV positivo. Além disso, no ano de 2018, a região possuía 5,8 casos de gestantes HIV positivo por 1000 nascidos vivos sendo, aproximadamente, duas vezes superior ao valor do coeficiente nacional (RACHID, 2017; BRASIL, 2019; BRASIL, 2018). O estado do Paraná, na região Sul do país, entre 2008 e 2018, reduziu suas taxas de novos casos de HIV/AIDS e a mortalidade pela doença em torno de 36,6% e 22,9%, respectivamente⁵. Constatou-se, também, a redução do coeficiente de gestantes HIV positivo por 1000 nascidos vivos o qual passou de 2,7 para 2,6 (BRASIL, 2019). A prevalência estimada de mulheres grávidas infectadas pelo HIV no Brasil é de aproximadamente 0,4%^{8,9}. Apesar da obrigatoriedade do registro compulsório desde 2006, os casos diagnosticados e notificados de gestantes soropositivas correspondem a apenas 70% do total estimado sendo inferior, portanto, à meta 90-90-90 (90% de detecção, 90% de tratamento e 90% de supressão da carga viral de indivíduos soropositivos) preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (UNAIDS, 2019; DOMINGUES, 2018). O perfil das mulheres HIV positivo mostrou maior frequência relativa entre não brancas (53,6%); faixa etária de 20 – 24 anos (52,7%); status escolar correspondente ao ensino médio (20,7%); exposição ao vírus por meio de relação sexual do tipo heterossexual (86,5%); renda familiar entre R\$700 e R\$1200 reais (30,1%); diagnóstico de HIV antes da gestação (57,3%); e tipo de parto cesáreo (75,7%) (BRASIL, 2019; CAMPOS, 2020). Entretanto, os dados disponíveis na literatura são escassos em relação ao desfecho da gestação (nascido vivo; aborto; ou natimorto) e tipo de parto associados às variáveis sociodemográficas, clinico-laboratoriais e as específicas da gestação (realização de pré-natal; uso de terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação e parto). Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre o tipo de parto e evolução da gestação em relação às características sociodemográficas, clinico-laboratoriais e gestacionais/puerperais das gestantes com HIV que residiam em Ponta Grossa – Paraná, Brasil, 2008-2018.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, longitudinal e retrospectivo com dados secundários oriundos da ficha de notificação de agravo, do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e prontuário físico de gestantes HIV positivo que utilizaram o Serviço de Assistência Especializada/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) do município de Ponta Grossa – PR, entre o período de 2008 e 2018. Como critério de inclusão, as gestantes necessitavam residir em Ponta Grossa - PR e utilizar o SAE/CTA do município durante o intervalo de tempo analisado. O não cumprimento dos critérios de inclusão implicou, automaticamente, na exclusão da gestante neste estudo. As variáveis dependentes definidas como desfecho foram: tipo de parto (cesárea ou vaginal) e evolução da gestação (nascido vivo ou aborto/natimorto). As variáveis independentes coletadas foram divididas em 3 categorias, a saber: sociodemográficas, clinico-laboratoriais e gestacionais/puerperais. As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade no momento do parto; faixa etária (15 a 19 anos; 20 a 34 anos; 35 ou mais); cor/raça (branco ou não branco); ocupação (ativo ou inativo); zona de residência (urbana ou rural); escolaridade (ensino fundamental; ensino médio; ou ensino superior). As variáveis clinico-laboratoriais foram: evidência laboratorial do HIV (antes do pré-natal; durante o pré-natal; durante o parto; ou após o parto); exames laboratoriais como: carga viral e contagem de linfócitos TCD4+ durante a gestação e/ou puerpério. As variáveis gestacionais/puerperais foram: realização de pré-natal (sim ou não); trimestre gestacional no momento da notificação do agravo (primeiro; segundo ou terceiro trimestre); utilização de TARV profilática durante a gestação (sim ou não); utilização de TARV profilática durante o parto (sim ou não). Os dados coletados foram analisados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 (IBM Corp., NY, Estados Unidos). A análise descritiva foi apresentada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Para os testes de associação entre as variáveis desfecho (tipo de parto e evolução da gestação) e as variáveis independentes (sociodemográficas, clinico-

laboratoriais e gestacionais/puerperais) utilizou-se o teste Qui-quadrado ($p < 0,05$) e risco relativo (RR) com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Contextos epidemiológicos, biológicos e de qualidade de vida de indivíduos convivendo com HIV e AIDS” aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) sob protocolo de número 2.631.445. A partir da análise dos dados coletados, foram selecionadas 170 gestantes com HIV durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. A idade média das gestantes foi de 28 (dp = 7) anos. A Figura 1 mostra os coeficientes de HIV em gestantes para cada 1000 nascidos vivos para a série histórica avaliada. Entre o período de 2010 e 2014, no município de Ponta Grossa - PR, o coeficiente apresentou queda passando de 3,5 para 1,9 gestantes vivendo com HIV/1000 nascidos vivos (NV). A partir do ano de 2014 observa-se tendência de aumento apresentando coeficiente de 4,1 gestantes vivendo com HIV/1000 NV em 2017 (Figura 1).

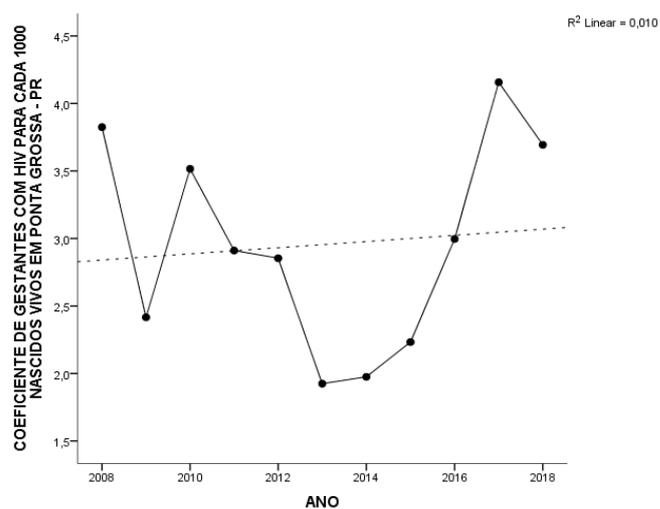


Figura 1. Gráfico de dispersão dos coeficientes de gestantes vivendo com HIV para cada 1.000 nascidos vivos em Ponta Grossa, Paraná, entre 2008 e 2018

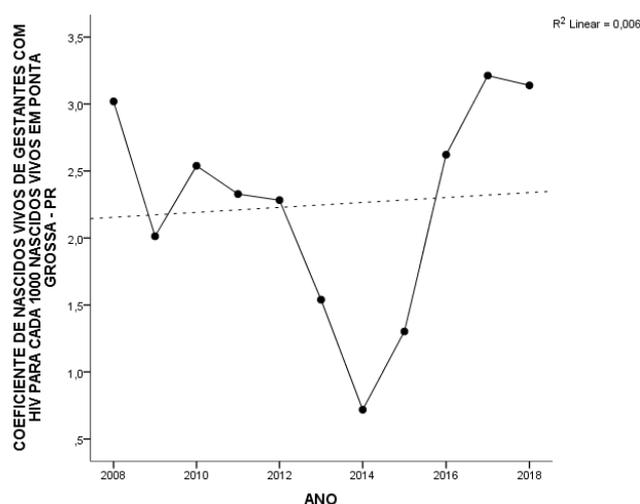


Figura 2. Gráfico de dispersão dos coeficientes de nascidos vivos de gestantes vivendo com HIV para cada 1.000 nascidos vivos em Ponta Grossa, Paraná, entre 2008 e 2018

Na Figura 2, observa-se os coeficientes de nascidos vivos de gestantes vivendo com HIV/1000 NV, no município de Ponta Grossa – PR. Constatou-se comportamento de declínio entre 2010 e 2014 passando de 2,5 a 0,7, respectivamente. Verificou-se tendência de acréscimo com coeficiente máximo de 3,6 no ano de 2016 (Figura 2). Observou-se predominância do parto cesárea 124 (72,9%). Já para evolução da gestação verifica-se predomínio de nascidos vivos 129 (75,9%), chama a atenção o percentual de informação com status ignorado 29

(17,1%). Com relação aos dados sociodemográficos (Tabela 2), 119 (70%) gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos; 142 (83,5%) se autodeclaravam brancas; 125 (73,5%) desempenhavam alguma atividade laboral remunerada; 99 (58,2%) possuíam ensino fundamental e 169 (99,4%) residiam em zona urbana. Os dados clínico-laboratoriais mostraram que 75 (44,1%) encontravam-se com carga viral detectável; em 106 (62,4%) gestantes a contagem linfocitária de TCD4+ foi superior ou igual a 350 células/mm³ (Tabela 2).

gestacionais/puerperais, observa-se maior risco para parto cesáreo no segundo trimestre de gestação (RR 3,60; IC 95% 1,04 – 12,38; p =0,042) em comparação ao terceiro trimestre, ter realizado TARV durante a gestação (RR 2,10; IC 95% 1,05 – 4,19; p < 0,001) e ter realizado TARV durante o parto (RR 6,61; IC 95% 2,29 – 19,03; p < 0,001). Não houve associação estatisticamente significativa entre ter realizado pré-natal e tipo de parto. Na tabela 4 pode ser verificado a associação entre evolução da gestação e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas, clínico-laboratoriais e gestacionais/puerperais em gestantes vivendo com HIV em Ponta Grossa, Paraná, entre 2008 e 2018

		Amostra	Porcentagem
Sociodemográficas			
Faixa etária da paciente	15 – 19	20	11,80%
	20 – 34	119	70,00%
	35 ou mais	31	18,20%
Cor/Raça da paciente	Branca	142	83,50%
	Não branca	28	16,50%
Ocupação	Ignorado	15	8,80%
	Ativo	125	73,50%
	Inativo	30	17,60%
Zona de residência	Urbana	169	99,40%
	Rural	1	0,60%
Escolaridade	Ignorado	6	3,50%
	Ensino Fundamental	99	58,20%
	Ensino Médio	62	36,50%
	Ensino Superior	3	1,80%
Clínico-laboratoriais			
Evidência laboratorial de HIV	Ignorado	3	1,80%
	Antes do pré-natal	99	58,20%
	Durante o pré-natal	64	37,60%
	Durante o parto	2	1,20%
	Após o parto	2	1,20%
Carga viral	Ignorado	37	21,80%
	Detectável	75	44,10%
	Não detectável	58	34,10%
TCD4+	Ignorado	43	25,30%
	> 350 células/mm ³	106	62,40%
	< 350 células/mm ³	21	12,40%
Gestacionais/Puerperais			
Realização do pré-natal	Ignorado	4	2,40%
	Sim	164	96,50%
	Não	2	1,20%
Trimestre gestacional	Ignorado	6	3,50%
	Primeiro	83	48,80%
	Segundo	52	30,60%
	Terceiro	29	17,10%
Utilização de TARV durante a gestação	Ignorado	11	6,50%
	Sim	146	85,90%
	Não	13	7,60%
Utilização de TARV durante o parto	Ignorado	29	17,10%
	Sim	118	69,40%
	Não	23	13,50%

Em relação aos dados gestacionais/puerperais, 164 (96,5%) realizaram o pré-natal; 99 (58,2%) apresentaram evidência laboratorial de infecção antes do pré-natal; 83 (48,8%) foram reportadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) durante o primeiro trimestre gestacional e 146 (85,9%) faziam uso de terapia antirretroviral (TARV) (Tabela 2). Na tabela 3 está descrita a associação entre tipo de parto e as variáveis sociodemográficas. A faixa etária 20 - 34 anos apresentou 2,66 (IC 95% 1,12 – 6,31; p 0,026) vezes mais risco de ter parto cesáreo do que a faixa etária de 35 anos ou mais. Para cor/raça, mulheres brancas apresentaram efeito protetor (RR 0,79; IC 95% 0,68 - 0,91, p 0,027) para parto cesáreo comparado a mulheres negras. Não houve associação estatisticamente significativa para as variáveis ocupação, zona de residência e escolaridade, também não se observou associação entre tipo de parto e as variáveis clínico-laboratoriais. A tabela 3 mostra também a associação entre tipo de parto e as variáveis

No status de ocupação ativa houve 1,18 (IC 95% 0,95 – 1,45; p = 0,047) vezes mais chance de evoluir para nascido vivo quando comparado com status inativa. Não houve associação estatisticamente significativa para as variáveis faixa etária da paciente, cor/raça, zona de residência e escolaridade. Não se observou associação entre evolução da gestação e as variáveis clínico-laboratoriais (Tabela 4).

Pode ser observado ainda na tabela 4 a associação entre evolução da gestação e as variáveis gestacionais/puerperais, verificou-se que gestantes em TARV durante a gestação tiveram 1,90 (IC 95% 1,28 - 2,81; p < 0,001) vezes mais chance de evoluir para nascido vivo. Não houve associação estatisticamente significativa entre ter realizado pré-natal, trimestre gestacional de notificação do agravo e ter realizado TARV durante o parto com a evolução da gestação.

Tabela 2. Associação entre tipo de parto e as variáveis sociodemográficas, clínico-laboratoriais e gestacionais/puerperais de gestantes vivendo com HIV em Ponta Grossa, Paraná, entre 2008 e 2018

		Tipo de Parto					
		Cesárea		Vaginal		RR (IC 95%)	P-valor
		N	%	N	%		
Sociodemográficas							
Faixa etária da paciente	15 – 19	14	77,8	4	22,2	2,33 (0,61 - 8,82)	0,212
	20 – 34	92	80,0	23	20,0	2,66 (1,12 - 6,31)	0,026
	35 ou mais	18	60,0	12	40,0	ref.	
Cor/Raça da paciente	Branca	99	72,8	37	27,2	0,79 (0,68 - 0,91)	0,027
	Não branca	25	92,6	2	7,4	ref.	
Ocupação	Ativo	95	79,2	25	20,8	1,27 (0,94 - 0,72)	0,054
	Inativo	18	62,1	11	37,9	ref.	
Zona de residência	Urbana	124	76,5	38	23,5	*	
	Rural	0	0,0	1	100,0	ref.	
Escolaridade	Ensino Fundamental	71	75,5	23	24,5	1,54 (0,13 - 17,81)	0,728
	Ensino Médio	45	75,0	15	25,0	1,50 (0,12 - 17,74)	0,748
	Ensino Superior	2	66,7	1	33,3	ref.	
Clínico-laboratoriais							
Evidência laboratorial de HIV	Antes do pré-natal	73	76,0	23	24,0	ref.	
	Durante o pré-natal	48	78,7	13	21,3	1,16 (0,53 - 2,51)	0,701
	Durante o parto	1	50,0	1	50,0	0,31 (0,02 - 5,23)	0,421
	Após o parto	0	0,0	2	100,0	*	
Carga viral	Detectável	56	78,9	15	21,1	1,08 (0,88 - 1,31)	0,456
	Não detectável	41	73,2	15	26,8	ref.	
TCD4+	≥ 350 células/mm ³	76	75,2	25	24,8	0,83 (0,69 - 0,99)	0,157
	< 350 células/mm ³	19	90,5	2	9,5	ref.	
Gestacionais/Puerperais							
Realização do pré-natal	Sim	121	76,6	37	23,4	*	
	Não	0	0,0	2	100,0	ref.	
Trimestre gestacional	Primeiro	56	70,9	23	29,1	0,97 (0,37 - 2,52)	0,957
	Segundo	45	90,0	5	10,0	3,60 (1,04 - 12,38)	0,042
	Terceiro	20	71,4	8	28,6	ref.	
Utilização de TARV durante a gestação	Sim	113	80,7	27	19,3	2,10 (1,05 - 4,19)	< 0,001
	Não	5	38,5	8	61,5	ref.	
Utilização de TARV durante o parto	Sim	100	86,2	16	13,8	6,61 (2,29 - 19,03)	< 0,001
	Não	3	13,0	20	87,0	ref.	

*Não houve n suficiente para o cálculo do risco relativo

Tabela 3. Associação entre evolução da gravidez e as variáveis sociodemográficas, clínico-laboratoriais e gestacionais/puerperais de gestantes vivendo com HIV em Ponta Grossa, Paraná, entre 2008 e 2018

		Evolução da Gestação					
		Nascidos Vivos		Aborto/Natimorto		RR (IC 95%)	P-valor
		N	%	N	%		
Sociodemográficas							
Faixa etária da paciente	15 – 19	15	88,2	2	11,8	0,90 (0,13 - 6,02)	0,913
	20 – 34	89	92,7	7	7,3	1,52 (0,36 - 6,33)	0,561
	35 ou mais	25	89,3	3	10,7	ref.	
Cor/Raça da paciente	Branca	108	90,8	11	9,2	0,95 (0,85 - 1,06)	0,691
	Não branca	21	95,5	1	4,5	ref.	
Ocupação	Ativo	98	93,3	7	6,7	1,18 (0,95 - 1,45)	0,047
	Inativo	19	79,2	5	20,8	ref.	
Zona de residência	Urbana	128	91,4	12	8,6	*	
	Rural	1	100,0	0	0,0	ref.	
Escolaridade	Ensino Fundamental	76	90,5	8	9,5	ref.	
	Ensino Médio	45	91,8	4	8,2	1,18 (0,33 - 4,15)	0,792
	Ensino Superior	3	100,0	0	0,0	*	
Clínico-laboratoriais							
Evidência laboratorial de HIV	Antes do pré-natal	74	88,1	10	11,9	ref.	
	Durante o pré-natal	51	96,2	2	3,8	3,44 (0,72 - 16,39)	0,120
	Durante o parto	2	100,0	0	0,0	*	
	Após o parto	2	100,0	0	0,0	*	
Carga viral	Detectável	52	92,9	4	7,1	1,32 (0,60 - 2,89)	0,517
	Não detectável	46	88,5	6	11,5	ref.	
CD4+	≥ 350 células/mm ³	78	89,7	9	10,3	*	
	< 350 células/mm ³	16	100,0	0	0,0	ref.	
Gestacionais/Puerperais							
Realização do pré-natal	Sim	127	92,0	11	8,0	1,84 (0,46 - 7,36)	0,165
	Não	1	50,0	1	50,0	ref.	
Trimestre gestacional	Primeiro	53	82,8	11	17,2	ref.	
	Segundo	42	97,7	1	2,3	8,71 (1,08 - 70,24)	0,042
	Terceiro	28	100,0	0	0,0	*	
Utilização de TARV durante a gestação	Sim	112	93,3	8	6,7	1,01 (0,86 - 1,19)	1
	Não	12	92,3	1	7,7	ref.	
Utilização de TARV durante o parto	Sim	115	99,1	1	0,9	1,90 (1,28 - 2,81)	< 0,001
	Não	2	52,2	11	47,8	ref.	

*Não houve n suficiente para o cálculo do risco relativo

DISCUSSÃO

Entre as 170 gestantes analisadas, no período de 2008 a 2018, constatou-se uma média de idade de 28 anos ($dp = 7$) com maior frequência entre a faixa etária de 20 a 34 anos, raça/cor branca, status de ocupação ativo e com ensino fundamental. De maneira semelhante, Alves e colaboradores (ALVES, 2018), entre 2007 e 2015, ao analisarem os dados de 773 gestantes com HIV/AIDS no estado de Alagoas, Brasil, observaram maior incidência na faixa etária de 20 a 34 anos. Ainda também, Souza e colaboradores (SOUZA, 2016) em estudo realizado com gestantes em Passos, Minas Gerais, encontraram a idade média de 28,4 anos. Estudos de Castro e colaboradores (CASTRO, 2019) ao analisar os dados de gestantes com HIV/AIDS em Granma, Cuba, mostraram semelhança em relação a faixa etária mais frequente correspondendo a 20 a 35 anos. Todavia, em Cuba, o ensino médio foi predominante entre as gestantes. O nível de escolaridade é indispensável para a compreensão da dinâmica de circulação viral, pois a partir do conhecimento das formas de proteção e prevenção da infecção pelo HIV as mulheres estarão empoderadas para vivenciarem suas experiências sexuais de maneira segura (DE FREITAS, 2020). Além disso, sabe-se que o nível de escolaridade influencia diretamente na compreensão acerca da gravidade da infecção, bem como a correta posologia da terapia antirretroviral sendo tais variáveis implicadas diretamente na adesão à TARV (MARQUES, 2019).

Por outro lado, Alves e colaboradores (ALVES, 2018) e Holanda e colaboradores¹⁶ observaram maior frequência de cor/raça pardo. Esta divergência possivelmente corresponde ao perfil étnico racial que compõe a região Sul, Norte e Nordeste pois sabe-se que há maior proporção de brancos na primeira e pardos nas duas últimas (OLIVEIRA, 2000). No que se refere a ocupação, entre 2009 e 2018, no estado do Amapá, registrou-se maior proporção de mulheres que desempenhavam funções domésticas não remuneradas, para as quais este estudo classificou como status de ocupação inativo (HOLANDA, 2020). Nota-se, portanto, que o perfil sociodemográfico das gestantes HIV positivo do município de Ponta Grossa, Paraná, entre 2008 e 2018, corresponde ao perfil de outras regiões do país. Todavia, a divergência quanto a composição étnico racial entre as regiões do Brasil se faz presente quando se analisa os grupos de mulheres gestantes vivendo com HIV. Quanto as evidências clínico-laboratoriais, observou-se alta frequência de carga viral detectável, contagem linfocitária de TCD4+ superior ou igual a 350 células/mm³ e evidência laboratorial da infecção anterior ao pré-natal. Semelhantemente, Campos e colaboradores (CAMPOS, 2020) e Alves e colaboradores (ALVES, 2018) constaram que o diagnóstico de infecção pelo HIV ocorreu de forma majoritária previamente ao pré-natal. Em contrapartida, para Castro e colaboradores (CASTRO, 2017) houve maior incidência de contagem de linfócitos TCD4+ inferiores a 350 células/mm³. Além disso, Souza e colaboradores (SOUZA, 2016) e Castro e colaboradores (CASTRO, 2017) e registraram maior frequência de carga viral superior a 1000 cópias virais. Ao analisar o perfil clínico-laboratorial das gestantes com HIV do município de Ponta Grossa, observa-se contagem linfocitária de TCD4+ superior ao referencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Todavia, 44,1% ainda mantêm carga viral detectável, a qual acarreta complicações materno-fetais e aumenta o risco de transmissão vertical (UNAIDS, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Em relação as evidências gestacionais/puerperais, verifica-se predominância da realização do pré-natal, uso de TARV profilática durante a gestação e notificação de agravo durante o primeiro trimestre gestacional. Com relação a realização do pré-natal, observa-se semelhança com os achados do estudo de Campos e colaboradores (CAMPOS, 2020). Além disso, Silva e colaboradores (1) constataram também que aproximadamente 70% das gestantes realizaram a profilaxia durante a gestação e possuíam a notificação de agravo no primeiro trimestre. Embora o número de consultas do pré-natal das gestantes incluídas neste estudo seja desconhecido, verificou-se que há assistência pré-natal e que a grande maioria destas mulheres realizaram manejo clínico da infecção sob acompanhamento ambulatorial especializado. Todavia, há ainda baixa cobertura das

gestantes HIV positivo do município quando se atenta a meta 90-90-90 preconizada pela OMS (UNAIDS, 2019). Tal fato implica na manutenção da circulação viral permitindo, por conseguinte, que mais mulheres venham a ter contato com o vírus. Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para testagem e aconselhamento de infecções sexualmente transmissíveis seja por estigma social, limitação quanto ao número de agendamentos de consultas da unidade de saúde ou desconhecimento por parte das gestantes sobre a existência de tais serviços de saúde impede que estas tenham o diagnóstico precoce da infecção acarretando atraso da instituição da TARV e exposição às doenças oportunistas (MARQUES, 2019; HOLANDA, 2020). Neste estudo, também se evidenciou maior frequência de partos cesáreas e nascidos vivos como desfecho gestacional. O mesmo padrão de via de parto foi observado por Campos e colaboradores (CAMPOS, 2020) e Holanda e colaboradores (HOLANDA, 2020). Silva e colaboradores (SILVA, 2016) observaram que 74% das gestantes atendidas em um serviço de referência no estado do Piauí, Brasil, entre janeiro e dezembro de 2013, tiveram nascidos vivos como desfecho gestacional.

Sabe-se que entre gestantes HIV positivo o índice de partos cesárea são maiores que parto vaginal (SILVA, 2016). No entanto, gestantes HIV positivo que estejam com a carga viral abaixo de 50 cópias podem optar pelo parto vaginal sem risco de transmissão vertical^{6,18}. Além disso, o acompanhamento clínico-laboratorial preconizado pelo Ministério da Saúde o qual propõe contagem linfocitária e carga viral durante a rotina de exames de pré-natal permite prever com segurança as possibilidades de via de parto que estas mulheres poderão vir a ter (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, 2019). Ambos os coeficientes avaliados, gestantes com HIV/ 1000 NV e NV de gestantes com HIV/ 1000 NV, registraram uma variação para o período analisado. Notadamente, os coeficientes de gestantes com HIV/ 1000 NV, entre os anos de 2010 e 2013, apresentaram tendência de redução. Contudo, entre os anos de 2014 e 2017, demonstraram tendência de elevação. O mesmo padrão de variação foi observado em Curitiba, Paraná, passando entre 2009 e 2011, de 4,5 para 2,9, e por fim elevando-se para 4,1 em 2017⁵. Porto Alegre, no entanto, manteve-se constante quanto aos coeficientes, estando estes acima de 20 por todo período analisado, com exceção de 2011 o qual passou a ser de 17,1 (BRASIL, 2019). Embora avanços terapêuticos tenham promovido aumento da qualidade de vida desta população vulnerável e controle da infecção não só de pacientes já portadores de AIDS como também daqueles com infecção assintomática pelo vírus, nota-se que a cobertura ainda é insuficiente para promover o controle epidemiológico adequado da circulação viral (VILLELA, 2017). Além disso, a presença de estigmas sociais limita a adesão ao tratamento e possibilita que o vírus circule livremente entre a população, aumentando o número de novos infectados (VILLELA, 2017). A associação entre tipo de parto e as variáveis independentes foi observado alto risco para cesárea na faixa etária de 20 a 34 anos, notificação de agravo no segundo trimestre gestacional e uso de TARV durante a gestação e intraparto. Observa-se efeito protetor na realização da cesárea a raça/cor branca. Com relação aos fatores de risco para indicação da via de parto em mulheres com HIV, faltam dados na literatura. No entanto, de acordo com a literatura sabe-se que mulheres HIV negativo apresentam alto risco para parto cesárea quando: residem na região sul, possuem ensino médio ou superior; realizam uma consulta ou nenhuma durante o pré-natal; apresentam iteratividade uterina ou desproporção pélvico-fetal; possuem medo com relação ao parto normal e parto cesárea anterior (ROSSI, 2016; SILVA, 2019). Observa-se, portanto, a carência de dados a respeito dos fatores de risco para indicação de parto cesárea entre mulheres HIV positivo. Assim sendo, torna-se necessário o engajamento da comunidade acadêmica para o estudo e detalhamento a respeito deste tema. Nota-se associação entre o desfecho gestacional para nascidos vivos nas seguintes variáveis: status de ocupação ativa e utilização de TARV durante a gestação. Todavia, há escassez de dados na literatura com relação ao desfecho gestacional e seus fatores de risco para gestantes HIV positivo. Entretanto quando se compara com os dados disponíveis a respeito de gestantes HIV negativo se observa alto risco para natimortalidade residir na região Norte/Nordeste; ser baixa renda; idade materna abaixo de 20 anos; não ter acesso ao saneamento

básico e aos serviços de saúde (CARVALHO, 2018). Este estudo também apresentou limitações, dentre as quais podem ser destacadas as seguintes: preenchimento inadequado da ficha de notificação compulsória por parte da equipe de saúde responsável; ausência de exames de acompanhamento virológico durante a gestação e puerpério; prontuários eletrônicos duplicados; ausência de história obstétrica nos prontuários físicos; ausência de informações a respeito do puerpério no prontuário físico e sistemas de informação e vigilância com informações ambíguas e incompletas. O presente estudo mostrou alta frequência de gestantes vivendo com HIV/AIDS na faixa etária entre 20 a 34 anos e baixa escolaridade. Além disso, nota-se que durante o período analisado o coeficiente de gestantes com HIV / 1000 NV apresentou tendência a redução entre 2008 e 2013 e a partir de 2014 passou a apresentar crescimento. Embora, a maioria das gestantes tenham realizado o pré-natal destaca-se o baixo controle virológico. Portanto, torna-se imperativo a formulação de políticas de saúde que visem assegurar a qualidade da assistência ao pré-natal. Também é necessário garantir o acesso ao tratamento antirretroviral, além do acompanhamento clínico-laboratorial preconizado pelo Ministério da Saúde. Programas de saúde individualizados que atentem para as vulnerabilidades sociodemográficas e econômicas destas mulheres são necessários para se promover o acesso integral e universal ao Sistema Único de Saúde. Por fim, este trabalho apresenta relevância ao nortear políticas públicas para as gestantes vivendo com HIV, devendo estas focar na faixa etária de adultos jovens e com baixa escolaridade, promovendo campanhas a fim de proporcionar o conhecimento sobre a doença, conscientização para autotestagem e aderência da TARV.

REFERÊNCIAS

- ALTICE, Frederick *et al.* Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis. *Patient preference and adherence*, v. 13, p. 475, 2019.
- ALVES, Regina de Souza; SILVA, Cláudia Mendes da; SANTOS, Tamyssa Simões dos; BRAGAGNOLLO, Gabriela Rodrigues; TAVARES, Clodis Maria; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 568-576, 2018.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: hiv/aids 2019. Brasília: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde, Hiv-Aids, Brasília, 2019.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: hiv/aids 2018. Brasília: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde, Hiv-Aids, Brasília, 2018.
- CAMPOS, D P *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de gestantes com HIV positivo atendidas em um hospital municipal de Niterói. *Saúde Coletiva*, Niterói, v. 10, n. 52, p. 2280-2287, fev. 2020.
- CARVALHO, Taiana Silva; PELLANDA, Lucia Campos; DOYLE, Pat. Prevalência de natimortos no Brasil: investigação de diferenças regionais. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 94, n. 2, p. 200-206, Apr. 2018.
- CASTRO, Arisleida de la Caridad *et al.* Caracterización epidemiológica de las gestantes seropositivas al VIH Provincia Granma. Año 1986 - 2017. *Multimed*, Granma, v. 23, n. 4, p. 606-623, agosto 2019.
- DE FREITAS, Aleixa Nogueira *et al.* Análise dos casos de HIV registrados no cenário brasileiro. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 10054-10069, 2020.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Notificação da infecção pelo HIV em gestantes: estimativas a partir de um estudo nacional. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 52, p.43-52, 5 abr. 2018.
- HOLANDA, Camilia Cibele dos Santos; SILVA, Sandro Rogério Mendes da; ALBERTO, Diovana de Sena; SANTOS, Maicon Serrão dos; ANDRADE, Rosemary Ferreira de. 10 anos de gestantes com HIV no estado do Amapá: análise epidemiológica dos casos notificados no período de 2009 a 2018. *Brazilian Journal Of Development*, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 56715-56727, 2020.
- KASPER, Dennis L. *et al.* Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.
- MARQUES, Mayra da Silva *et al.* Adesão ao tratamento antirretroviral entre adolescentes vivendo com HIV/Aids: Revisão Integrativa da Literatura. *Adolescencia e Saude*, v. 16, n. 2, p. 110-119, 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; LUIZ, Ronir Raggio. Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 22, e190036, 2019.
- PRADO, Thiago Nascimento do *et al.* Factors Associated with Maternal-Child Transmission of HIV-1 in Southeastern Brazil: A Retrospective Study. *Aids and Behavior*, [s.l.], v. 22, n. 1, p.92-98, 29 maio 2018.
- RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/aids. Thieme Revinter Publicações LTDA, Rio de Janeiro, 10ª Ed, 2017.
- ROSSI, S. A. *et al.* Fatores associados à realização de parto cesáreo em mulheres brasileiras – uma análise da pesquisa nacional de saúde. *Anais de Medicina*, 26 out. 2016.
- SILVA, Aline Palermo da; ROMERO, Rhaissa Toledo; BRAGANTINE, Adriana; BARBIERI, Andrielle Aparecida Diniz Martins; LAGO, Milena Torres Guilhem. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], n. 24, p. 624-629, 29 jun. 2019.
- SILVA, Laíse Ramos *et al.* Variable epidemiological of HIV infection in pregnant women. *Revista de Enfermagem da Ufpi*, Teresina, v. 1, n. 5, p. 34-39, jan. 2016.
- SOUZA, Cássio de Pádua; PIANTINO, Camila Belfort; QUEIROZ, Cleide Augusta de; MAIA, Maria Ambrosina Cardoso; FORTUNA, Cinira Magali; ANDRADE, Raquel Dully. Incidence of HIV vertical transmission among HIV-positive pregnant women treated at a regional reference service. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 4526, 5 abr. 2016.
- UNAIDS. Global Aids Update: Communities at the centre: Defending rights; Braking Barriers and Reaching People Living With HIV. Geneva: Joint United Nations Programme On Hiv/aids (UNAIDS), 2019.
- VILLELA, Wilza Vieira *et al.* Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 87-96, 2017.
