

10 anos de gestantes com HIV no estado do Amapá: análise epidemiológica dos casos notificados no período de 2009 a 2018**10 years of pregnant women with HIV in the state of Amapá: epidemiological analysis of cases notified in the period 2009 to 2018**

DOI:10.34117/bjdv6n8-182

Recebimento dos originais:08/07/2020

Aceitação para publicação:13/08/2020

Sandro Rogério Mendes da Silva

Aluno de Mestrado em Ciências da Saúde UNIFAP, Macapá-AP
Rod. Juscelino Kubitschek, km 02 - Jardim Marco Zero, Macapá - AP, 68903-419
E-mail: rsandro.enfermagem@gmail.com

Camilia Cibele dos Santos Holanda

Aluna de Mestrado em Ciências da Saúde UNIFAP, Macapá-AP
Rod. Juscelino Kubitschek, km 02 - Jardim Marco Zero, Macapá - AP, 68903-419
E-mail: camilacsholanda@gmail.com

Diovana de Sena Alberto

Aluna de Mestrado em Ciências da Saúde UNIFAP, Macapá-AP
Rod. Juscelino Kubitschek, km 02 - Jardim Marco Zero, Macapá - AP, 68903-419
E-mail: diogemeas@gmail.com

Maicon Serrão dos Santos

Especialista em Saúde Coletiva UNIFAP, Macapá-AP
Rod. Juscelino Kubitschek, km 02 - Jardim Marco Zero, Macapá - AP, 68903-419
E-mail: maiconserraosantos@gmail.com

Rosemary Ferreira de Andrade

Doutora Professora do Mestrado em Ciências da Saúde UNIFAP, Macapá-AP
Rod. Juscelino Kubitschek, km 02 - Jardim Marco Zero, Macapá - AP, 68903-419
E-mail: rosemary.unifap@gmail.com

RESUMO

O HIV em gestantes é um problema de saúde pública, mas medidas protetivas durante o pré-natal podem garantir um parto seguro e qualidade vida para Mãe e Criança. O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes no Estado do Amapá no período de 2009 a 2018. Foram analisadas 337 fichas de notificação de gestantes com HIV, onde o modelo de regressão linear mostrou a existência de um aumento médio anual de 2,83 gestantes com HIV. Foi caracterizado que a maioria era de residentes da capital Macapá (74,2%), em idade reprodutiva de 20 a 24 anos (32,6%), com ensino médio (51%), pardas (80,1%) e com ocupação de dona de casa (79,9%). Relacionados ao pré-natal, parto e puerpério. Sobre à evidência laboratorial 46,3% ocorreu durante o pré-natal. A maioria das gestantes realizou pré-natal (87,5%). Quanto ao uso de ARV, 79,3% usaram no pré-natal e 86,6% usaram durante o parto. Quanto ao tipo de parto 71,9% tiveram parto cesáreo. O início da profilaxia ARVRN ocorreu nas primeiras 24h do nascimento na maioria das gestantes (92,1%). O aumento de número de casos de gestante com HIV

é uma situação que deve ser acompanhada pela vigilância em saúde e a atenção primária a saúde, ainda mais preocupante são os casos de diagnóstico tardio, como os que ocorrem no momento do parto ou após o parto, toda gestante precisa conhecer sua condição sorológica durante o pré-natal.

Palavras-chave: Sistemas de Informação, Gestante, HIV.

ABSTRACT

HIV in pregnant women is a public health problem, but protective measures during prenatal care can guarantee a safe delivery and quality of life for Mother and Child. The objective of the study was to describe the epidemiological profile of HIV infection in pregnant women in the State of Amapá from 2009 to 2018. 337 notification forms of pregnant women with HIV were analyzed, where the linear regression model showed the existence of a mean increase 2.83 pregnant women with HIV. It was characterized that the majority were residents of the capital Macapá (74.2%), of reproductive age of 20 to 24 years (32.6%), with high school (51%), mixed race (80.1%) and with housewife occupation (79.9%). Related to prenatal, childbirth and puerperium. Regarding laboratory evidence, 46.3% occurred during prenatal care. Most pregnant women received prenatal care (87.5%). Regarding the use of ARV, 79.3% used it during prenatal care and 86.6% used it during delivery. As for the type of delivery, 71.9% had a cesarean delivery. The initiation of ARVRN prophylaxis occurred in the first 24 hours of birth in most pregnant women (92.1%). The increase in the number of cases of pregnant women with HIV is a situation that must be accompanied by health surveillance and primary health care, even more worrying are the cases of late diagnosis, such as those occurring at the time of delivery or after delivery, every pregnant woman needs to know her HIV status during prenatal care.

Keywords: Health Systems, Pregnant, HIV.

1 INTRODUÇÃO

Desde 2009 o número de casos em HIV em gestantes está aumentando, onde ocorreram 6451 casos notificados, que representavam 2,2 casos por 1 mil nascidos vivos. Em 2018, foram registrados 8621 casos, que correspondem a 2,9 casos para cada 1 mil nascidos vivos, com acumulado de 77.565 casos, todos informados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação¹.

A gestação é uma etapa extrema importância na história de qualquer mulher e corresponde ao momento que antecipa o parto. É uma ocasião de modificações físicas, em um organismo que se transforma durante o processo e que são seguidas de alterações emocionais. Nesse sentido, a mulher pode ficar mais sensível, e, em termos de saúde emocional, pode emergir mais forte e madura, ou, então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada².

Ainda somado a todos esses sentimentos, o período de gestação com a presença do HIV impõe diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais se destacam os esforços à prevenção da transmissão do vírus para o Recém Nascido³. Como um risco para saúde emocional e biológica,

pois se trata de mais um desafio a ser enfrentado⁴. Dessa forma, as unidades de saúde devem acolher a mulher em sua gestação compreendendo suas expectativas, dúvidas e receios sobre o futuro⁵.

No Brasil, fatores como a pobreza extrema, o desemprego, baixa escolaridade, condições precárias de habitação, a insuficiência dos serviços de saúde, a discriminação e violações de direitos humanos podem ser considerados determinantes da epidemia do HIV e devem ser tratados de forma abrangente⁶.

O Estado Amapá é caracterizado por desigualdades sociais, não somente nos padrões de renda e de educação, mas, também, nos de acesso aos serviços e programas de saúde⁷. Tal situação se reflete no fato de 62,5% dos municípios serem considerados de pequeno porte apresentando déficits no aparato econômico e social⁸.

A gestação, o HIV e todas as variáveis epidemiológicas da mulher, acarretam em várias nuances de fatores de vulnerabilidade, não somente a infecção, mas também ao julgamento da sociedade, a discriminação, preconceito e até segregação. A compreensão de todo o contexto biológico, sociocultural e demográfico, devem ser analisados a partir de dados sólidos, fidedignos e contrastantes a realidade de cada local⁹.

Nesse contexto, a análise e monitoramento da situação sorológica de mulheres com HIV no período gestacional são essenciais para a execução de políticas e seleção de estratégias, visando minimizar a incidência de casos e proporcionar uma gestação segura, com qualidade na captação precoce dos casos e manejo apropriado.

Assim esse estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes no Estado do Amapá no período de 2009 a 2018.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo de caráter quantitativo das características sócio epidemiológicas dos casos notificados de HIV em gestantes no Estado do Amapá, no período de 2009 a 2018, mediante análise dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O local de estudo foi o Estado do Amapá que fica localizado na Região Norte do Brasil, quase que totalmente no hemisfério Norte, ocupando uma área de aproximadamente 143.453 km², limitada ao Norte pela Guiana Francesa, Noroeste pelo Suriname, a Leste pelo Oceano Atlântico e ao Sul e Oeste pelo Estado do Pará, separado do mesmo pelo Rio Amazonas. Este Estado tem como capital a cidade de Macapá, localizada ao Sul e banhada pelo braço norte do Rio Amazonas. Sua população é estimada em 797.722 habitantes¹⁰.

A configuração territorial da saúde organiza-se em 03 regiões de saúde Norte, Central e Sudoeste. A região de saúde Central é mais populosa com 555.197 habitantes em 2018. Dos 16 municípios do Estado em números absolutos a capital Macapá com 493.634 habitantes e Santana com 119.610 moradores, possuem mais habitantes, correspondendo a quase 70% de toda a população do Amapá. Os municípios de Pracuúba (4.993) e Serra do Navio (5.306) apresentam menor população⁸.

O presente estudo foi previamente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, recebeu o parecer de n. 3.450.592, para sua realização. Por se tratar de um estudo com bancos de dados, a pesquisa representou riscos mínimos as participantes, pois apresenta caráter observacional e retrospectivo.

Os dados epidemiológicos foram obtidos através dos bancos de dados dos sistemas de notificação: SINAN e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), que tem como entidade mantedora a Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado do Amapá. O SINASC foi utilizado para a verificação de partos que ocorreram no período estudo, para uma comparação com o número de casos de gestantes com HIV e gestantes sem HIV.

Foram analisadas 421 fichas de notificação pelo sistema estadual SINAN/SVS/AP de gestantes com HIV residentes do Estado do Amapá. Como critério de exclusão as notificações de crianças expostas (02) e 82 duplicidades (82), não estiveram presentes na tabulação dos dados, pois estavam no sistema de forma equivocada. Sendo mantidas 337 fichas de notificação de gestantes com HIV que correspondiam a dados reais.

Para a análise dos dados utilizou-se de modelos de regressão linear para avaliar a significância da evolução do número de gestantes com HIV e da taxa de detecção ao longo dos 10 anos em estudo. Nestes modelos o ano foi considerado como variável independente e o número de gestantes e a taxa de detecção com variável dependente.

A significância da associação entre variáveis qualitativas foi avaliada através do Teste do Qui-Quadrado. Estes testes foram usados para comparar as gestantes com HIV com as gestantes sem HIV (sempre que existia esta informação relativa à população de gestantes no Estado do Amapá) e para estudar a associação da faixa etária, da raça/cor e da escolaridade com dados relativos à gestação e ao parto das gestantes com HIV.

Foi considerado um nível de significância de 5% para concluir quanto aos resultados dos testes estatísticos, ou seja, as associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0.05 ($p < 0.05$). A organização dos dados foi feita com o

programa Microsoft Excel e os testes estatísticos foram realizados com o programa IBM SPSS, versão 24 para Windows.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2009 e 2018 foram registrados 154.614 nascidos vivos no Estado do Amapá. No mesmo período registraram-se 337 gestantes com HIV, o que corresponde a uma porcentagem de 0,22% e uma taxa de detecção de 2,18 gestantes com HIV por 1000 nascidos vivos.

O número mínimo ocorreu em 2011, com 9 gestantes com HIV. Após esse ano existiu um acréscimo do número de casos até atingir o máximo da série em 2016, com 64 gestantes com HIV. Nos dois anos seguintes o número de casos desceu para quase metade (34 em 2017 e 27 em 2018), voltando a números próximos dos observados em 2012 (33 casos) e 2013 (28 casos). O modelo de regressão linear mostra a existência de um aumento médio anual de 2,83 gestantes com HIV entre 2009 e 2018, no entanto a tendência de aumento não é significativa ($B = 2,83$; $\beta = 0,54$; $p = 0,110$; $R^2 = 28,7\%$).

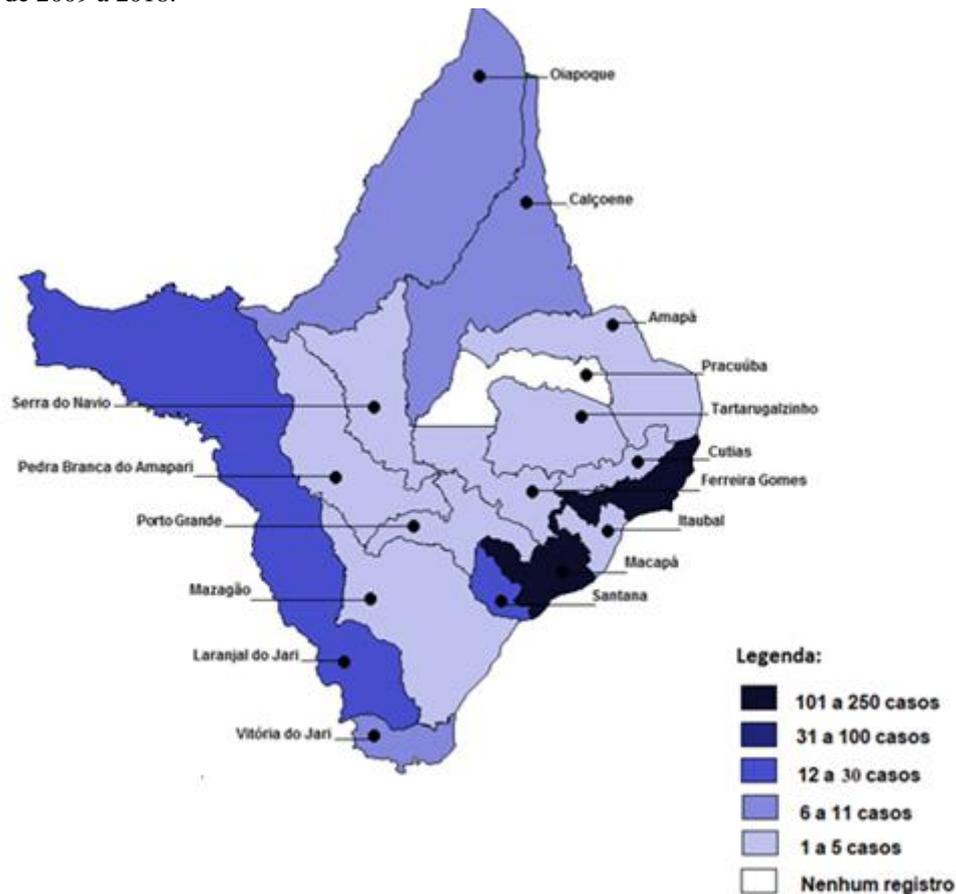
Foi registrada uma tendência semelhante relativamente à taxa de detecção ($B = 0,17$; $\beta = 0,52$; $p = 0,127$; $R^2 = 26,6\%$). A taxa de detecção mínima foi observada em 2011, com 0,59 gestantes por 1000 nascidos vivos, atingiu o máximo em 2016 com 4,12 gestantes por 1000 nascidos vivos, descendo nos dois anos seguintes até valores próximos dos observados em 2012 e 2013.

Com o aumento populacional e o aumento progressivo da infecção do HIV em mulheres, o aumento no número de casos de HIV é o esperado, porém o estado do Amapá ainda tem um número menor que o apresentado pelo resto do país. Ressalta-se que algumas mulheres com HIV conhecem as estratégias protetivas dos antirretrovirais que proporcionam a redução da carga viral, e proporcionam a possibilidade de uma gestação saudável.

Contudo, a maioria delas tem pouco ou nenhum acesso às informações, aos serviços de atenção integral à saúde e às ações que permitam o exercício de sua cidadania. Entre os desafios para uma melhor assistência está a qualificação dos profissionais, pois muitos ainda sentem dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade, à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos de pessoas que vivem com HIV¹¹.

Sobre a estratificação dos dados por município de residência a maioria dos casos de gestantes com HIV foram registrados nos municípios do Macapá (250 casos – média de 25 casos por ano) e Santana (30 casos – média de 3 casos por ano). O número de casos foi inferior a 10 em todos os outros municípios, ou seja, em média foi registrado menos de 1 caso por ano em cada um dos restantes municípios (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição espacial da frequência de casos de HIV em gestantes, por município de residência, Estado do Amapá período de 2009 a 2018.



Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/jun/2019.

Quanto à taxa de detecção, Calçoene foi o que apresentou um maior número de gestantes por 1000 nascidos vivos (2,98). Seguiram-se Serra do Navio com 2,77 gestantes por 1000 nascidos vivos, Macapá com 2,66, Vitória do Jari com 2,61 e Cutias com 2,28 – todos com taxa de detecção superior à registrada no Estado do Amapá (2,28). Os municípios com taxa de detecção mais baixa foram Tartarugalzinho (0,69), Mazagão (0,90) e Itaubal (0,92) – os únicos municípios com número de gestantes por 1000 nascidos vivos inferior a 1 (Gráfico 1).

Sobre a faixa etária 32,6% tinham de 20 a 24 anos, 22,8% de 25 a 29 anos, com os maiores número de casos, e , 2,0% de 40 a 44 anos e 0,9% de 10 a 14 anos, como os menores números de casos. O resultado do Teste do Qui-quadrado mostra que não existem diferenças significativas entre a distribuição das gestantes com e sem HIV por faixa etária ($p = 0,122$). Quanto à escolaridade 43,9% de 9 a 11 anos (Ensino Médio) e 7,1% têm 12 anos de escolaridade ou mais. Foram ainda observadas 30,7% das gestantes com escolaridade de 5 a 8 anos, 17,5% de 1 a 4 anos e 0,7% sem escolaridade (Tabela 1 e Tabela 2).

A grande maioria das gestantes com HIV são de raça parda (80,1%), no entanto essa porcentagem é inferior à observada nas gestantes sem HIV (85,5%). A porcentagem de gestantes de raça branca foi de 9,5% nas gestantes com HIV e de 9,3% nas gestantes sem HIV. Já a porcentagem de gestantes de raça preta foi mais alta entre as que têm HIV (9,2%) do que nas que não tinham HIV (3,4%). O Teste do Qui-quadrado foi significativo, indicando que a distribuição de gestantes por raça/cor é significativamente diferente entre as mulheres com e sem HIV (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das gestantes com HIV e sem HIV, por faixa etária, Raça/cor e Ocupação, no Estado do Amapá, no período de 2009 e 2018.

	Gestantes com HIV		Gestantes sem HIV		Teste do Qui-quadrado
	n	%	n	%	
Faixa etária					
10-14 anos	3	0,90%	2361	1,50%	p = 0,122
15-19 anos	66	19,60%	36286	23,70%	
20-24 anos	110	32,60%	43306	28,20%	
25-29 anos	77	22,80%	33913	22,10%	
30-34 anos	54	16,00%	22857	14,90%	
35-39 anos	19	5,60%	11386	7,40%	
40-44 anos	6	1,80%	3046	2,00%	
45 ou mais anos	2	0,60%	245	0,20%	
Total	337	100%	153400	100%	
Raça/cor					
Branca	30	9,50%	13844	9,30%	p < 0,001
Preta	29	9,20%	5102	3,40%	
Amarela	2	0,60%	157	0,10%	
Parda	253	80,10%	127306	85,50%	
Indígena	2	0,60%	2446	1,60%	
Total	316	100%	148855	100%	
<i>Ignorado</i>	<i>21</i>	<i>6,20%</i>	<i>4562</i>	<i>3,00%</i>	
Ocupação					
Estudante	25	9,30%	17237	12,70%	p = 0,007
Dona de casa	215	79,90%	96959	71,30%	
Outras	29	10,80%	21857	16,10%	
Total	269	100%	136053	100%	
<i>Ignorado</i>	<i>68</i>	<i>20,20%</i>	<i>18250</i>	<i>11,80%</i>	

Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

Um estudo realizado no estado da Paraíba corrobora os achados no Amapá: nesse estudo, 55,3% das gestantes estavam na faixa de 20 a 29 anos, 50,2% eram donas de casa e 67,9% se autodeclararam pardas¹².

No estudo realizado no Hospital de Referência para doenças infectocontagiosas em Mossoró-RN, a faixa etária predominante foi de gestantes com HIV foi de 21 a 25 anos (42,3%), mulheres brancas em maioria (46,1%) e com ensino fundamental incompleto (30,8%). Porém importante compreender que a diferença entre o perfil de Escolaridade e Raça/Cor ocorre pela diferença da região estudada¹³.

Sobre gestantes HIV-positivas residentes em Vitória entre 2000 e 2006, foram notificados 137 casos. Com dados faixa etária de 24,3 anos em média e DP de 5,7 anos. Para o total de 101 mulheres com dados sobre raça/cor, 39 (33,7%) eram pardas, 34 (38,6%) negras e 28, o que dificulta a comparação dos perfis, e, entre os demais (86), 41 mulheres (47,6%) estudaram entre 4 e 7 anos, 26 (30,3%) de 8 a 11 anos e 8 (9,3%) eram analfabetas¹⁴.

Tabela 2 - Caracterização das gestantes com HIV, por escolaridade, no Estado do Amapá, no período de 2009 e 2018.

Escolaridade	Gestantes com HIV	
	n	%
Nenhuma	2	0,7%
De 1 a 4 anos	49	17,5%
De 5 a 8 anos	86	30,7%
De 9 a 11 anos	123	43,9%
De 12 a mais	20	7,1%
Total	280	100%
<i>Ignorado/branco</i>	57	(16,9%)

NOTA: os dados de gestantes sem HIV sobre escolaridade são subinformados impedindo a comparação.

Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

No estudo Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA, as mulheres tinham em média 28 anos, escolaridade 41,48 com ensino fundamental incompleto ou completo e 37,73% eram pardas (PAES et al., 2017). Com exceção da variável escolaridade os dados sociodemográficos desse estudo corroboram com os achados no Amapá, como há uma grande relação entre as populações dos dois estados da região norte, essa similaridade era esperada.

Quanto à ocupação (Tabela 1), registaram-se diferenças significativas entre as gestantes com HIV e as gestantes sem HIV ($p = 0,007$). A percentagem de donas de casa foi mais alta nas gestantes com HIV (79,9%) do que nas gestantes sem HIV (71,3%). Pelo contrário, as percentagens de gestantes estudantes e com outras ocupações foi mais alta nas gestantes sem HIV (12,7% e 16,1%, respectivamente) do que nas gestantes com HIV (9,3% e 10,8%, respectivamente).

O perfil das gestantes HIV/AIDS admitidas em uma maternidade de alto risco no município de Aracaju/SE demonstrou que a maior parte das gestantes possuía como ocupação o ofício “do lar”,

em 2010, 52,9% (18), seguido de “ignorado” com 17,6% (6) e em 2011 a mesma ocupação prevaleceu com 40% (12), seguido também de “ignorado” com 40% (12). Esses dados podem estar relacionados tanto a uma condição de saúde comprometida, quanto aos obstáculos que essas mulheres com HIV enfrentam para entrar e manter-se no mercado de trabalho com esse diagnóstico¹⁵.

Existe uma possível submissão financeira, devido à maioria das mulheres serem donas de casa, provavelmente depende do parceiro para o sustento dos seus lares. Ocasionalmente dificuldades para negociar o uso do preservativo, relações sexuais forçadas, comércio sexual e outras formas de submissão permeiam o aumento da epidemia entre mulheres¹⁶.

Sobre a caracterização das gestantes com HIV da gestação e ao parto, não foram incluídos os casos codificados como “ignorado”. Das 326 gestantes com HIV com dados de evidência laboratorial 46,3% descobriram sua condição sorológica durante o pré-natal, 23,0% durante o parto e 3,1% após o parto. A maioria das gestantes realizou pré-natal (87,5%). Quanto ao uso de ARV, 79,3% usaram no pré-natal e 86,6% usaram durante o parto. Das 259 gestantes com informação relativamente à evolução da gestação, 240 (92,7%) tiveram nascido vivo, registrando-se 3 (1,2%) com natimorto e 2 (0,8%) abortos. O início da profilaxia ARVRN ocorreu nas primeiras 24h do nascimento na maioria das gestantes (92,1%). Apenas 3 (1,2%) gestantes iniciaram a profilaxia ARVRN após 24h do nascimento. Quanto ao tipo de parto, 28,1% foram partos vaginais e 71,9% foram partos cesarianos (Tabela 3).

Em estudo sobre a prevalência de HIV em gestantes no norte do Brasil realizado no período de 2004 a 2010, 578 (75,1%) grávidas tinham conhecimento prévio da soropositividade para o HIV, 28 (3,6%) tomaram conhecimento durante o pré-natal e 164 (21,3%) conheceram seu status sorológico no momento da internação para o parto por meio do teste rápido. Neste universo de grávidas soropositivas para HIV, 606 (78,7%) já conheciam esta condição antes e durante o pré-natal¹⁷.

Tabela 3 - Caracterização das gestantes com HIV, quanto a dados relativos à gestação, no Estado do Amapá, no período de 2009 e 2018 (N = 337).

Variáveis relativas à gestação e ao parto		n	%	
Evidência Laboratorial (N = 326)	Antes do Pré-Natal	90	27,6%	
	Ignorado: 11 (3,3%)	Durante o Pré-Natal	151	46,3%
		Durante o Parto	75	23,0%
	Após o Parto	10	3,1%	
Realização de Pré-Natal (N = 311)	Não	39	12,5%	
	Sim	272	87,5%	
Ignorado: 26 (7,7%)				
ARV Pré-Natal (N = 232)	Não	48	20,7%	

Ignorado: 105 (31,2%)	Sim	184	79,3%
Uso de ARV durante o Parto (N = 239)	Não	32	13,4%
Ignorado: 98 (29,1%)	Sim	207	86,6%
Evolução da Gestação (N = 259)	Aborto	2	0,8%
Ignorado: 23 (23,1%)	Nascido vivo	240	92,7%
	Natimorto	3	1,2%
	Não se aplica	14	5,4%
Início Profilaxia ARVRN (N = 241)	Após 24h do nascimento	3	1,2%
Ignorado: 96 (28,5%)	Nas primeiras 24h do nascimento	222	92,1%
	Não realizado	8	3,3%
	Não se aplica	8	3,3%
Tipo de parto (N = 242)	Cesárea	174	71,9%
Ignorado: 95 (28,2%)	Vaginal	68	28,1%

NOTA: os casos “ignorados” não foram considerados para o cálculo das porcentagens.

Fonte: SINAN/SVS/AP – atualização de 26/06/2019.

O momento da descoberta da situação sorológica faz que mulher se sinta diferente e, portanto, não merecedora de respeito, dignidade e confiança. Através da observação e do testemunho de vida de cada gestante e de cada puérpera, pode-se perceber como as formas de sofrimento se intercalam entre choros, silêncios, tremores na fala, negação da resposta ao sofrimento e até risos, contudo, o desejo de ser mãe geralmente sobressai¹⁸.

Em Análise realizada em Porto Alegre sobre a escolha de parto de gestantes com HIV os obstetras optaram pela realização da cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto, 67,4% (87/129) deles concordaram completamente em manter a indicação de cesárea mesmo quando a paciente estiver em trabalho de parto, conquanto que as membranas estejam íntegras e dilatação cervical seja de até 3 a 4 cm. O parto vaginal, para 38% dos obstetras avaliados, estaria proscrito nas parturientes HIV positivo e a cesárea deveria ser sempre a via de parto de acordo com 63,6 % deles¹⁹.

A escolha do parto depende de três situações: - (I) Se uma Gestante com CV desconhecida ou detectável na 34ª semana, a escolha do parto é por um parto cesáreo, eletivo, empelicado, a partir da 38ª semana, com uso do AZT injetável no parto; (II) Se uma Gestante com CV detectável, porém menor que 1.000 cópias/mL na 34ª semana, a escolha do parto segundo indicação obstétrica; pode ser vaginal, com uso de AZT injetável no parto; e; (III) Gestante com CV indetectável na 34ª semana, a opção de parto segundo indicação obstétrica, preferencialmente vaginal, com a manutenção do TARV oral²⁰.

No estudo realizado em Salvador foram analisados 1364 casos de gestantes com HIV, dentre elas 914 (67,01%) parturientes fizeram uso de antirretrovirais durante o parto. E reforçam que os cuidados durante o parto podem ser reflexos da contribuição dos programas que impactaram

a atenção básica do país nos últimos dez anos, como a Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, Projeto Nascer, Plano Operacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis²¹.

Essa falta de realização de TARV na gestação impõe um período de internação maior, normalmente a criança exposta ao HIV que fará uso do AZT oral por 28 dias, tem alta hospitalar em 48h, o tratamento ocorre em casa, mas os filhos de mulheres que não realizaram tratamento precisam de acompanhamento por 05 dias, com o uso da Nevirapina oral²⁰.

A maior de presença de casos de gestantes com HIV ocorrem pelo próprio processo natural da doença e o ciclo da vida, mas junto isso ocorre o desenvolvimento de estratégias de captação oportuna para o tratamento. Enquanto não há cura para a infecção é necessário conhecer os casos, para o manejo adequado, para os cuidados e qualidade da informação, garantindo proteção ao binômio mãe-RN.

4 CONCLUSÃO

No estado do Amapá no período do estudo foi caracterizado que a maioria das gestantes com HIV eram residentes da capital Macapá, em idade reprodutiva de 20 a 24 anos, com ensino médio, pardas e com ocupação de dona de casa. Relacionados ao pré-natal, parto e puerpério. A maioria das mulheres descobriu a condição sorológica durante o pré-natal, usaram TARV durante o pré-natal/parto, maioria dos foram partos cesarianos e o início da profilaxia ARVRN ocorreu nas primeiras 24h do nascimento.

Com todos os instrumentos de gestão a saúde e tecnologias de tratamentos, o acolhimento nessas situações deveria ser natural, com empenho de medidas protetivas ao produto da gestação, dando segurança e autonomia para a mulher, porém o estudo apontou que muitas mulheres não conheciam sua condição sorológica e elas só tiveram a oportunidade de saber no momento do parto, fator agravante a saúde da mulher e do conceito.

A análise sofreu limitações devido à incompletude de informações nas fichas de notificação, essa falta de informações pode ocorrer por imperícia ou negligência profissional no preenchimento.

O preenchimento adequado de todas as informações permite uma análise mais robusta e assim a construção consistente de estratégias ao enfrentamento da infecção, e ainda, conscientização sobre os direitos reprodutivos e sexuais de mulheres com HIV e a segurança para a gestação.

A metodologia desse estudo poderá subsidiar estratégias ao monitoramento dos casos de HIV em gestantes e outros agravos que precisam de completude nas informações, e demonstrar

quanto à falha no processo de informações pode ocasionar equívocos de interpretação de dados, fatores que não auxiliam na fidelidade dos dados.

É extremamente necessário que haja uma conclusão nas fichas de notificação, o desfecho do parto, auxilia no monitoramento da criança exposta e contribui para a construção de políticas específicas para o a proteção integral da mulher e da criança.

Percebe-se também a necessidade de um aprofundamento em mais fatores que ocasionam a infecção pelo HIV na gestante. A ciência de variáveis além das presentes na ficha de notificação, pode ser crucial para a construção de conhecimentos mais sólidos sobre o perfil da gestante com HIV amapaense.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância e saúde. Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2019. Brasília: 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>.

Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP. Corpo e sexualidade na gravidez 2012. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(3), 552-558.

Faria ER, Carvalho FT. Gestação e HIV: preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal 2014. *Psicol Teor*, 30(2):197- 203.

Vieira BD, Parizotto APAV. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico 2013. *Unoesc & Ciência ACBS*, 4(1):79-90.

SILVEIRA, P.G.; TAVARES, C.M.M.; MARCONDES, F.L. Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [online]* 2016; 4:63-68.

VIEIRA ACS, ROCHA MSG, HEAD JF, CASIMIRO IMAPC. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. *Rev. Katálysis* 2014;17(2):196-206.

Tronco GB, Ramos M P. Linhas de pobreza no Plano Brasil Sem Miséria: análise crítica e proposta de alternativas para a medição da pobreza conforme metodologia de Sonia Rocha. *Revista de Administração Pública* 2017; Rio de Janeiro 51(2):294-311.

Amapá. Análise de Situação em Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde/SVS – Amapá/BR – N°001/2019 - CIASS – edição 01/2019 – CIASS/DEVS/SVS.

Arcoverde MAM, Conter RS, Silva RMM, Santos MF. Sentimentos e expectativas da gestante vivendo com hiv: um estudo fenomenológico. *REME. Rev Min Enferm* 2015; 19(3): 554-560.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/a/panorama>>. Acesso: 10 abr. 2018.

Carvalho FT, Piccinini CA. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(6):1889-98.

Filgueiras P L, Bastos CE, Sena EA, Freitas CHSM, Pereira IL, Oliveira MG. Caracterização das Gestantes Portadoras de HIV no Estado da Paraíba, 2008 – 2012. *Revista Brasileira De Ciências Da Saúde* 2014; 18:115-124.

Lima SKSS, Sousa KKB, Dantas SLC, Rodrigues ARM, Rodrigues IR. Caracterização das gestantes com HIV/Aids admitidas em hospital de referência. *Sanare*: 2017; 16(1):45-51.

Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):644-51.

Ramos JIM, Menezes LS, Sousa DS. Perfil das gestantes HIV/AIDS admitidas em uma maternidade de alto risco no município de Aracaju/SE. *Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde* 2013;1(17):27-38.

Barbosa RHS. Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+. 314 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

Menezes LSH, Palácios VRCM, Alcântara MSV, Bichara CNC. Prevalência da Infecção por HIV em Grávidas no Norte do Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm* 2012; 24(4):250-4.

Medeiro APDS, Araújo VS, Moraes MN, Almeida SA, Almeida JN, Dias MD. A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta. *Rev enferm UERJ*, 2015. 23: 362-7.

Farias JPQ, Franco A, Santos KP, Dourado I, Galvão-Castro B. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro. 2008; 30(3).

Brasil. Ministério da Saúde. 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: 2019.

Lima AC, Costa CC, Teles LMR, Damasceno AKC, Oriá MOB. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm* 2014 ;27(4):311-8.