

# Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal

*HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care*

*Infección por VIH en embarazadas y los desafíos para la atención prenatal*

**Lidiane de Nazaré Mota Trindade<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2202-8138

**Laura Maria Vidal Nogueira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0065-4509

**Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9968-9546

**Angela Maria Rodrigues Ferreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6321-7512

**Gracileide Maia Corrêa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0562-9572

**Natasha Cristina Oliveira Andrade<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8396-3723

<sup>1</sup>Universidade do Estado Pará. Belém, Pará, Brasil.

## Como citar este artigo:

Trindade LNM, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Ferreira AMR, Corrêa GM, Andrade NCO. HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 4):e20190784. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784>

## Autor Correspondente:

Lidiane de Nazaré Mota Trindade  
E-mail: [lnmtrindade@gmail.com](mailto:lnmtrindade@gmail.com)

EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Elucir Gir

**Submissão:** 27-01-2020    **Aprovação:** 03-10-2020

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes. **Métodos:** Estudo analítico com abordagem quantitativa. **Resultados:** A taxa de HIV em gestantes aumentou de 1,5 em 2010 para 3,3 casos/mil nascidos vivos em 2017. Verificou-se associação significativa entre o pré-natal e as variáveis escolaridade ( $p < 0,0001$ ), ocupação ( $p = 0,0105$ ), idade gestacional ( $p < 0,0001$ ) e tipo de parto ( $p < 0,0001$ ). A taxa média de adesão ao tratamento antirretroviral no pré-natal foi de 68,8% (DP =  $\pm 3,7$ ). **Conclusão:** As elevadas taxas de detecção de HIV em gestantes remetem à necessidade de intensificação do cuidado às mulheres durante o pré-natal, com garantia de integralidade da assistência, diagnóstico precoce e aprimoramento de estratégias para a melhoria da adesão ao tratamento antirretroviral visando à supressão viral materna no momento do parto e redução do risco de transmissão vertical.

**Descritores:** Infecções por HIV; Gestantes; Cuidado Pré-Natal; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the epidemiological profile of HIV infections in pregnant women. **Methods:** Analytical study with a quantitative approach. **Results:** The HIV rate in pregnant women increased from 1.5/1000 babies born alive, in 2010, to 3.3/1000 in 2017. There was a significant association between the prenatal and the variables educational level ( $p < 0.0001$ ), occupation ( $p = 0.0105$ ), gestational age ( $p < 0.0001$ ), and type of delivery ( $p < 0.0001$ ). The mean rate of adherence to the antiretroviral treatment in the prenatal was 68.8% (DP =  $\pm 3.7$ ). **Conclusion:** The high rates of HIV detection in pregnant women suggest the need to intensify the health care to women during the prenatal, guaranteeing an integral care, early diagnoses, and enhancing the strategies to improve the adherence to the antiretroviral treatment, aiming to achieve the viral suppression of the mother by the time of childbirth, thus diminishing the risk of a vertical transmission.

**Descriptors:** HIV infections; Pregnant Women; Prenatal Care; Infectious Disease Transmission, Vertical; Public Health.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el perfil epidemiológico de la infección por VIH en embarazadas. **Métodos:** Estudio analítico con abordaje cuantitativo. **Resultados:** La tasa de VIH en embarazadas aumentó de 1,5 en 2010 para 3,3 casos/mil nacidos vivos en 2017. Se verificó relación significativa entre el prenatal y las variables escolaridad ( $p < 0,0001$ ), ocupación ( $p = 0,0105$ ), edad gestacional ( $p < 0,0001$ ) y tipo de parto ( $p < 0,0001$ ). La tasa media de adhesión al tratamiento antirretroviral en el prenatal fue de 68,8% (DP =  $\pm 3,7$ ). **Conclusión:** Las elevadas tasas de detección de VIH en embarazadas remiten a la necesidad de intensificación de la atención a las mujeres durante el prenatal, con garantía de integridad de la asistencia, diagnóstico precoz y perfeccionamiento de estrategias para la mejoría de la adhesión al tratamiento antirretroviral objetivando a la supresión viral materna en el momento del parto y reducción del riesgo de transmisión vertical.

**Descriptorios:** Infecciones por VIH; Embarazadas; Atención Prenatal; Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

O aumento progressivo de casos de HIV/aids em mulheres em idade reprodutiva contribuiu para o incremento nas taxas de transmissão vertical, apresentando-se como importante desafio para as políticas públicas de saúde<sup>(1-3)</sup>.

A região Norte do Brasil destaca-se no cenário nacional como a que detém maior crescimento nos coeficientes de detecção de HIV em gestantes nos últimos dez anos. Dentro desse panorama epidemiológico, o estado do Pará apresentou a quarta maior taxa do país de detecção de HIV em gestantes, registrando índice de 3,4 casos/mil nascidos vivos em 2017<sup>(1)</sup>.

O HIV na gestação afeta a qualidade de vida das mulheres e traz repercussões negativas para o binômio mãe-filho, principalmente quando o diagnóstico é realizado tardiamente, tornando a eliminação da transmissão vertical do HIV algo cada vez mais distante<sup>(4-5)</sup>.

Estudos demonstraram que o risco de transmissão do HIV durante o trabalho de parto é bastante expressivo, correspondendo a cerca de 65%, ao passo que tal risco no decorrer da gestação e amamentação é de 35% e 22%, respectivamente. Entretanto, a implementação de medidas profiláticas ao longo da gestação e parto reduz o risco de transmissão materno-infantil a índices menores que 2%<sup>(6-7)</sup>.

Os principais fatores associados a essa via de transmissão refere-se sobretudo à alta carga viral materna, não utilização de antirretrovirais, ruptura da membrana amniótica superior a quatro horas, via do parto, prematuridade da criança e uso de drogas<sup>(4,8-9)</sup>.

Mulheres jovens, com baixo padrão socioeconômico e com poucos anos de estudo apresentam-se como grupo vulnerável para a infecção perinatal, seja pelo desconhecimento dos fatores relacionados à infecção, seja pela possibilidade de gestações consecutivas sem acompanhamento pré-natal adequado<sup>(4-10-11)</sup>.

Nesse sentido, a realização de testes para detecção do HIV durante o pré-natal é uma oportunidade para a triagem sorológica. O conhecimento do diagnóstico positivo para o vírus direciona ações de saúde, tais como a escolha da terapia antirretroviral (TARV) adequada, o planejamento do tipo de parto e o início precoce da profilaxia para os recém-nascidos expostos, a fim de minimizar os fatores de riscos da infecção pelo HIV da mãe para o filho e desfechos pós-natais desfavoráveis<sup>(8-9)</sup>.

Pelo exposto, a prevenção da transmissão vertical do HIV configura-se como um desafio importante para a equipe de saúde no âmbito do acompanhamento pré-natal, de modo especial para a assistência de enfermagem, tanto pela complexidade que envolve a atenção a essa gestante quanto pelo cuidado diferenciado demandado ao binômio mãe-filho<sup>(12)</sup>. Logo, torna-se imprescindível a análise do HIV nesse público feminino de forma mais ampla, levando em consideração as especificidades locais e a adesão às estratégias no pré-natal para a prevenção e controle da transmissão vertical do vírus da aids.

## OBJETIVO

Analisar o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Padrões espaciais da infecção pelo HIV em gestantes indígenas e não indígenas e sua relação com os determinantes socioeconômicos”; e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### Desenho, local do estudo, período

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com casos de HIV em gestantes residentes no estado do Pará, notificados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), no período de 2010 a 2017. O estado localiza-se na região Norte do Brasil, é constituído por 144 municípios e configura-se como o segundo maior estado do país em extensão territorial, com 1.248.042,515 km<sup>2</sup> e população estimada de 8.602.865 habitantes em 2019<sup>(13)</sup>.

### População do estudo; critérios de inclusão e exclusão

A população-alvo do estudo constituiu-se por 2.400 casos de HIV em gestantes, sendo adotados como critérios de inclusão: ser residente no estado do Pará e ter o caso notificado ao SINAN no período de 2010 a 2017.

Excluíram-se as notificações duplicadas e aquelas cujas variáveis do estudo apresentavam incompletudes e inconsistências.

### Protocolo do estudo

Os dados foram solicitados à Coordenação Estadual de IST/aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde Pública do Pará (SESPA), disponibilizados no formato de banco de dados. Os casos de HIV em gestantes foram exportados para o programa Microsoft Office Excel® 2010 e posteriormente organizados segundo as variáveis do estudo: ano de notificação, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, realização do pré-natal, evidência laboratorial para o HIV, uso de antirretrovirais durante o pré-natal, idade gestacional no momento da notificação e tipo de parto.

### Análise dos resultados e estatística

Procedeu-se ao cálculo da taxa de detecção de HIV em gestantes (por mil nascidos vivos), segundo ano de notificação. Para a composição dos denominadores, utilizou-se o número de nascidos vivos fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). As variáveis foram analisadas por meio do software Bioestat 5.3. Para verificar a associação entre a realização do pré-natal e as demais variáveis do estudo, foram empregados os testes G e qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

A análise das variáveis sociodemográficas, apresentada na Tabela 1, denota prevalência na faixa etária de 20 a 29 anos (59,8%). Ainda, identificou-se que 50,1% das gestantes relataram ter ensino fundamental e 89,8% declararam ser pardas, e foi este o fenótipo com maior representatividade entre os casos notificados. Quanto à ocupação, a maior parte (46,8%) referiu ser dona de casa.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de gestantes com HIV, segundo realização do acompanhamento pré-natal, Pará, Brasil, 2010-2017

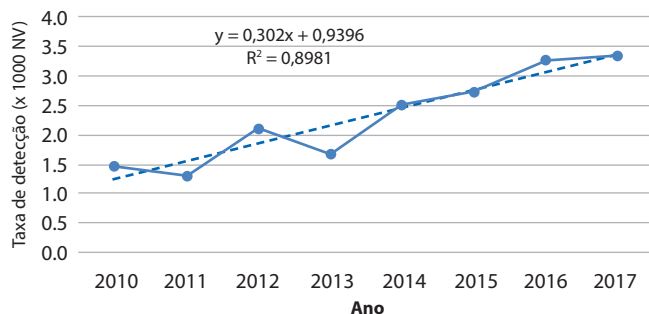
Variáveis	Total n (%)	Acompanhamento pré-natal		Valor de p
		Sim (%)	Não (%)	
<b>Idade</b>				
< 15	17 (0,7)	16 (0,7)	1 (0,4)	0,5747*
15 a 19	376 (15,7)	348 (16,0)	28 (12,2)	
20 a 29	1.436 (59,8)	1.290 (59,4)	146 (63,8)	
30 a 39	542 (22,6)	491 (22,6)	51 (22,3)	
40 a 49	29 (1,2)	26 (1,2)	3 (1,3)	
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	19 (0,8)	10 (0,5)	9 (3,9)	< 0,0001*
Ensino fundamental	1.202 (50,1)	1.058 (48,7)	144 (62,9)	
Ensino médio	763 (31,8)	723 (33,3)	40 (17,5)	
Ensino superior	57 (2,4)	57 (2,6)	0 (0)	
Ignorado/branco <sup>‡</sup>	359 (15,0)	323 (14,9)	36 (15,7)	
<b>Raça/Cor</b>				
Branca	104 (4,3)	99 (4,6)	5 (2,2)	0,3149*
Preta	118 (4,9)	105 (4,8)	13 (5,7)	
Amarela	15 (0,6)	13 (0,6)	2 (0,9)	
Parda	2.156 (89,8)	1.947 (89,7)	209 (91,3)	
Indígena	7 (0,3)	7 (0,3)	0 (0)	
<b>Ocupação</b>				
Dona de casa	1.124 (46,8)	1.016 (46,8)	108 (47,2)	0,0105 <sup>†</sup>
Empregada doméstica	367 (15,3)	323 (14,9)	44 (19,2)	
Estudante	126 (5,3)	121 (5,6)	5 (2,2)	
Outras	120 (5,0)	115 (5,3)	5 (2,2)	
Ignorada/em branco <sup>‡</sup>	663 (27,6)	596 (27,5)	67 (29,3)	

Fonte: SINAN/SESPA/CE IST-AIDS, 2019.

Nota: \*Teste G; † Teste qui-quadrado (X<sup>2</sup>) de Pearson; ‡ Não incluídos na análise estatística.

A análise bivariada das variáveis sociodemográficas e realização do pré-natal apresentou associação estatisticamente significativa com escolaridade (< 0,0001) e ocupação (0,0105).

No estado, a taxa de detecção de HIV em gestantes vem apresentando tendência de aumento nos últimos anos, com crescimento médio anual de 0,8%. O coeficiente passou de 1,5 casos/mil nascidos vivos em 2010 para 3,3 casos/mil nascidos vivos em 2017 (Figura 1).



Fonte: SINAN/SESPA/CE IST-AIDS, 2019.

Nota: NV = Nascidos Vivos.

**Figura 1** – Taxa de detecção de HIV em gestantes, segundo ano do parto, Pará, Brasil, 2010-2017

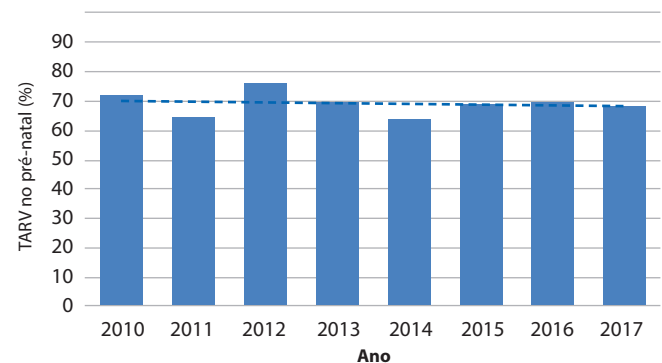
Considerando a evidência laboratorial do HIV, os resultados demonstraram que 50,3% das gestantes descobriram sua condição sorológica durante o pré-natal, e 31,9% já tinham conhecimento dessa condição antes da gravidez. Ressalta-se o percentual significativo (16,5%) de casos notificados durante o parto (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição de casos de HIV em gestantes, segundo evidência laboratorial, Pará, Brasil, 2010-2017

Evidência laboratorial	N = 2400	%
Antes do pré-natal	765	31,9
Durante o pré-natal	1.207	50,3
Durante o parto	396	16,5
Após o parto	32	1,3

Fonte: SINAN/SESPA/CE IST-AIDS, 2019.

Quanto à taxa de utilização de TARV durante o pré-natal (Figura 2), observa-se sensível declive na adesão ao tratamento pelas gestantes no decorrer da série temporal. O ano de 2012 registrou o maior percentual de utilização da terapia para o HIV entre mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal, com 75,5% (X = 68,8 e S = ± 3,7).



Fonte: SINAN/SESPA/CE IST-AIDS, 2019.

**Figura 2** – Taxa de utilização de TARV durante o pré-natal, segundo ano de notificação, Pará, Brasil, 2010-2017

Na Tabela 3, consta a análise das variáveis obstétricas das gestantes com HIV em relação ao pré-natal. Os resultados revelaram que 67% encontravam-se no 3º trimestre de gestação no momento da notificação, com significância estatística entre a idade gestacional e a realização do pré-natal (< 0,0001).

**Tabela 3** – Variáveis obstétricas das gestantes com HIV, segundo realização do acompanhamento pré-natal — Pará, Brasil, 2010-2017

Variáveis	Total n (%)	Acompanhamento pré-natal		Valor de p
		Sim (%)	Não (%)	
<b>Idade gestacional</b>				
1º trimestre	304 (12,7)	280 (12,9)	24 (10,5)	< 0,0001
2º trimestre	447 (18,6)	432 (19,9)	15 (6,6)	
3º trimestre	1.608 (67,0)	1.423 (65,5)	185 (80,8)	
Ignorada/não se aplica <sup>‡</sup>	41 (1,7)	36 (1,7)	5 (2,2)	
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	319 (13,3)	246 (11,3)	73 (31,9)	< 0,0001
Cesárea eletiva	395 (16,5)	371 (17,1)	24 (10,5)	
Cesárea de urgência	1.124 (46,8)	1.020 (47,0)	104 (45,4)	
Ignorada/não se aplica <sup>‡</sup>	562 (23,4)	534 (24,6)	28 (12,2)	

Nota: Teste qui-quadrado (X<sup>2</sup>) de Pearson; ‡ Não incluídos na análise estatística.

A análise residual evidenciou que mulheres assistidas no pré-natal conheciam seu diagnóstico para o HIV mais precocemente quando comparadas àquelas que não realizaram o acompanhamento (Tabela 3).

Em relação ao tipo de parto, a cesárea de urgência foi mais frequente, com 46,8% do total de casos (Tabela 3). Identificou-se diferença significativa entre o tipo de parto e a realização do pré-natal ( $< 0,0001$ ). Por meio da análise de resíduo, foi possível identificar que o parto vaginal é mais frequente entre mulheres que não realizaram o pré-natal (31,9%) do que entre aquelas que foram acompanhadas pela equipe de saúde (11,3%).

## DISCUSSÃO

Os resultados descritos demonstraram crescimento significativo no coeficiente de detecção do HIV em gestantes no estado do Pará, ao longo dos anos do estudo, registrando índice bastante expressivo em 2017, quando comparado à taxa nacional para o mesmo ano<sup>(1)</sup>.

O incremento no número de casos de infecção nessa população ratifica a necessidade de redefinição de ações programáticas no estado, bem como o reconhecimento dos condicionantes da vulnerabilidade feminina diante do contexto do HIV/aids, tendo em vista a redução e prevenção efetiva de casos de HIV entre gestantes, as quais apresentam risco potencial para a transmissão vertical do vírus<sup>(8-9-11,14)</sup>.

No Brasil, o perfil epidemiológico da infecção em gestantes tem sido caracterizado pelo aumento do número de casos em mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade e que não exercem atividade remunerada, resultados semelhantes aos encontrados neste estudo<sup>(5-10)</sup>.

A associação significativa entre as variáveis escolaridade e ocupação das gestantes com a realização do pré-natal sugere a necessidade de análise mais ampla de fatores socioeconômicos que potencializam o risco de exposição ao vírus da aids.

Admite-se que o baixo grau de instrução possui relação com aumento do número de casos de HIV em países em desenvolvimento<sup>(4-15)</sup>. Tal fato justifica-se, possivelmente, pela maior dificuldade de compreensão das informações disponibilizadas pelos profissionais de saúde e reconhecimento da suscetibilidade em relação à infecção pelo HIV, refletindo na não redução de comportamentos de risco e consequentemente na piora da qualidade de vida do indivíduo<sup>(16-17)</sup>.

Outrossim, a baixa escolaridade tende a dificultar a inserção no mercado de trabalho<sup>(18)</sup>, o que explicaria os resultados encontrados, segundo os quais a maior parte das gestantes (46,8%) relatou não exercer atividade remunerada. Estudos semelhantes evidenciaram predomínio do HIV em donas de casas e em mulheres que exerciam atividades com baixas remunerações<sup>(2,4-19-20)</sup>.

Vale ressaltar ainda que a ausência de atividade remunerada propicia a dependência financeira dessas mulheres em relação aos seus cônjuges<sup>(21)</sup>, o que pode impactar o poder de negociação referente ao uso do preservativo durante as relações sexuais, tornando-as vulneráveis à exposição ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis<sup>(16,22-23)</sup>.

Quanto à evidência laboratorial, os dados mostram que a maioria das gestantes teve acesso ao diagnóstico positivo para

HIV durante o pré-natal, reforçando a importância do acompanhamento para a triagem sorológica, a fim de garantir o início da TARV para controle da carga viral, e consequentemente, redução dos riscos da transmissão vertical para a criança<sup>(4-6-24)</sup>.

Do mesmo modo, estudo realizado no Rio Grande do Norte observou que 44,3% das gestantes descobriram seu status sorológico durante o pré-natal<sup>(25)</sup>. A gestação é um momento delicado, quando a mulher se encontra em fase de desenvolvimento biológico, psicológico e social, tendo como uma das suas principais preocupações gerar uma criança saudável. Contudo, a gestação acompanhada do HIV traz à tona situações de conflitos pessoais, familiares, sentimentos de indignação e até indiferença, pois muitas mulheres não se percebem vulneráveis ao HIV até terem seu diagnóstico revelado pelo profissional de saúde<sup>(5-25-27)</sup>.

Por isso, o enfermeiro tem papel importante nesse cenário, pois participa ativamente do cuidado dessas mulheres na realização de consulta pré-natal, orientando sobre a terapia antirretroviral materna, suspensão da amamentação, inibição da lactação e cuidados ao recém-nascido<sup>(21-28-29)</sup>.

Um achado preocupante diz respeito ao número de casos confirmados de HIV durante o parto, apontando: necessidade de ampliação da cobertura pré-natal; fragilidade na assistência prestada; e oportunidades perdidas de realização de testes rápidos para HIV<sup>(11-21-30)</sup>.

Sabe-se que o pré-natal de qualidade contribui para queda nos indicadores de morbimortalidade materno-infantil por meio da identificação do risco gestacional e condução adequada da gestante<sup>(31)</sup>. Para tanto, a disponibilização de testes rápidos para detecção do HIV e outras infecções mostra-se como importante instrumento ao diagnóstico precoce, de preferência no primeiro trimestre, a fim de garantir tratamento de infecções em tempo oportuno e implementação de medidas de intervenção que impactem a redução da transmissão vertical<sup>(10-24-32-33)</sup>.

A análise da idade gestacional no momento da notificação revelou prevalência de mulheres no terceiro trimestre. Esse dado demonstra captação tardia das gestantes e retardo no início da profilaxia antirretroviral, fatores contribuintes para a pouca efetividade na prevenção da transmissão vertical<sup>(4-34)</sup>.

A região Norte do país apresenta um dos menores índices de realização do primeiro teste de HIV no pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação, apontando para falhas no cumprimento do protocolo de prevenção da transmissão vertical preconizado<sup>(3)</sup>.

Estudos dão conta de que a principal causa para a não supressão viral do HIV no momento do parto é a adesão insuficiente, e isso reforça que a identificação tardia do vírus é fator dificultador para que medidas profiláticas sejam implementadas de forma efetiva e segura, garantindo carga viral indetectável no momento do parto<sup>(4-10-11)</sup>.

Diferenças significantes foram observadas ao se analisar idade gestacional e realização do pré-natal, daí se inferindo que mulheres com esse tipo de assistência durante a gestação tendem a identificar o HIV mais precocemente quando comparadas às que não realizam o acompanhamento.

No tocante ao tipo de parto, os resultados identificaram que a cesárea de urgência foi a principal via de nascimento. Em outro estudo que avaliou a cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV nos estados do Rio de Janeiro, Rio

Grande do Sul, Espírito Santo, Amazonas, Ceará e Distrito Federal, a principal via foi a cesárea eletiva, com índices expressivos nas três últimas unidades da federação<sup>(35)</sup>.

É importante lembrar que as recomendações do Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão vertical não contraindicam o parto vaginal em gestantes vivendo com HIV/aids, desde que sua carga viral esteja dentro de parâmetros seguros. O protocolo reforça que a cesárea eletiva é via indicada apenas para gestantes com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL<sup>(36)</sup>.

Nesse sentido, os percentuais significativos de cesáreas eletivas e de urgência encontrados neste estudo alertam para um possível acompanhamento inadequado no pré-natal, com comprometimento da adesão à TARV pelas gestantes, principal motivo para a não supressão viral no momento do parto<sup>(4,20-37)</sup>.

A adesão ao tratamento promove a melhoria do estado de saúde e da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids, fatores que podem favorecer a maternidade e diminuir o risco de transmissão vertical, motivo pelo qual está indicada para toda gestante com HIV independentemente de sua condição clínica e deve ser mantida mesmo após o parto<sup>(36)</sup>.

A média de utilização de TARV durante o pré-natal corresponde a 68,8%, percentual aquém do esperado quando comparado a taxas de adesão descritas na literatura científica<sup>(7-11-35)</sup>. Tal fato evidencia os desafios enfrentados no estado do Pará para o cumprimento da meta de eliminação da transmissão vertical do HIV<sup>(38)</sup>.

Algumas hipóteses têm sido levantadas para justificar a não adesão à TARV durante o pré-natal, dentre elas: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a ausência de identificação precoce do diagnóstico, a burocratização do sistema de referência para o serviço especializado e a falta de qualificação profissional na assistência à gestante com HIV/aids<sup>(39)</sup>. Esses fatores repercutem na qualidade do pré-natal e atuam sinergicamente para o aumento do número de casos de HIV/aids em menores de 5 anos<sup>(4,16-19-32)</sup>.

Pelo exposto, depreende-se que o diagnóstico precoce, o acompanhamento adequado durante o pré-natal e o cuidado de enfermagem qualificado com vistas à atenção integral da gestante e de suas necessidades mostram-se importantes para a adesão ao tratamento durante o período gravídico e, por sua vez, para a redução dos coeficientes de transmissão vertical<sup>(10-21)</sup>.

## Limitações do estudo

A limitação do estudo refere-se ao uso de fonte secundária que pode apresentar subnotificações, inconsistências e incompletudes em razão do preenchimento inadequado das fichas de notificação e da alimentação no Sistema de Informação.

## Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A pesquisa contribuiu para a análise e discussão da problemática do HIV em gestantes no estado do Pará. Os resultados possibilitaram ainda o reconhecimento das alterações no perfil epidemiológico da infecção nos últimos anos, promovendo subsídios para avaliação da assistência pré-natal oferecida às gestantes e planejamento das ações de controle da transmissão vertical do HIV.

## CONCLUSÃO

O aumento significativo da taxa de detecção do HIV em gestantes nos últimos anos reforça a necessidade de redefinição de estratégias para o enfrentamento da infecção pelo HIV/aids, bem como de aprimoramento de políticas públicas direcionadas à prevenção da infecção e voltadas para as mudanças evidenciadas no cenário epidemiológico.

Torna-se imprescindível a abordagem precoce da gestante a fim de realizar tanto o diagnóstico do HIV em tempo oportuno quanto o tratamento de forma segura e eficaz, com vista à supressão da carga viral materna.

Nesse sentido, as ações efetivas para o controle da transmissão vertical devem ser pautadas na intensificação das estratégias de prevenção, ampliação do acesso ao diagnóstico, descentralização dos serviços de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids e investimento na qualificação profissional. Essa última ação refere-se especialmente ao enfermeiro, por exercer papel fundamental na assistência pré-natal e nas demais fases da linha do cuidado (parto e puerpério). Com isso, busca-se garantir a melhoria da qualidade da assistência à saúde dessas mulheres e de seus recém-nascidos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, 2018 [cited 2019 Apr 2];49(53):1-72. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
2. Sama CB, Fetei VF, Tindong M, Tanyi JT, Bihle NM, Angwafo FF. Prevalence of maternal HIV infection and knowledge on mother-to-child transmission of HIV and its prevention among antenatal care attendees in a rural area in Northwest Cameroon. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172102. doi: 10.1371/journal.pone.0172102. eCollection 2017.
3. Domingues RMSM, Saraceni V, Leal MC. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. *Rev Saude Publica*. 2018;52:43. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052017439.
4. Barbosa BLFA, Marques AK, Guimarães JV. HIV positive pregnancies and the risk factors related to HIV vertical transmission. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(1):171-8. doi: 10.5205/1981-8963-v12i01a23257p171-178-2018
5. Nascimento VB, Nascimento, NVM, Oliveira, JSA, Bezerra LO, Farias, DN, Ciosak, AI, et al. Epidemiological and clinical aspects of pregnant women with HIV/AIDS at a reference center on women's health, in Pará State, Brazil. *J Health Sci Inst [Internet]*. 2018 [cited 2019 Apr 5];36(2):109-14. Available from: [https://200.136.76.129/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2018/02\\_abr-jun/05V36\\_n2\\_2018\\_p109a119.pdf](https://200.136.76.129/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2018/02_abr-jun/05V36_n2_2018_p109a119.pdf)

6. Filgueiras PL, Bastos CE, Sena EA, Freitas CHSM, Pereira IL, Oliveira MG. Caracterização das Gestantes Portadoras de HIV no Estado da Paraíba, 2008 – 2012. *Rev Bras Ciênc Saude*. 2014;18(2):115-124. doi: 10.4034/RBCS.2014.18.s2.03
7. Ayala ALM, Moreira A, Francelino G. Socioeconomic characteristics and factors associated to HIV seropositivity in pregnant women, of city in the South of Brazil. *Rev APS[Internet]*. 2016 [cited 2019 Apr 21];19(2):210–20. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2570/968>
8. Rosa MC, Lobato RC, Gonçalves CV, Silva NMO, Barral MFM, Mattinez, et al. Evaluation of factors associated with vertical HIV-1 transmission. *J Pediatr*. 2015; 91(6):523-8. doi: 10.1016/j.jpmed.2014.12.005
9. Brandão MN, Souza ES, Brito RJV, Guimarães CMMS, Brandão MFR, Cavalcante MC. Challenges in preventing vertical HIV transmission in Petrolina, Pernambuco and Juazeiro, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(3):325-36. doi: 10.1590/1806-93042016000300006
10. Silva CM, Alves RS, Santos TM, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):613-21. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0495
11. Lima ACMACC, Costa CC, Teles LMR, Damasceno AKC, Oriá MOB. Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):311-8. doi: 10.1590/1982-0194201400053
12. Arcoverde MAM, Conter RS, Silva RMM, Santos MF. Feelings and expectations of pregnant women living with HIV: a phenomenological study. *Rev Min Enferm*. 2015;19(3):554-60. doi: 10.5935/1415-2762.20150043
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades@ [Internet]. 2019[cited 2019 May 29]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br>
14. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerability of women living with HIV/aids. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(1): doi: 10.1590/0104-1169.2837.2377
15. Chea SK, Mwangi TW, Ndirangu KK, Abdullahi OA, Munywoki PK, Abubakar A, et al. Prevalence and correlates of home delivery amongst HIV-infected women attending care at a rural public health facility in Coastal Kenya. *PLoS ONE*. 2018;13(3):e0194028. doi: 10.1371/journal.pone.0194028
16. Menezes EG, Santos SR, Melo GZ, Torrente G, Pinto AS, Goiabeira YN. Factors associated with non-compliance with antiretrovirals in HIV/AIDS patients. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):299-304. doi: 10.1590/1982-0194201800042
17. Gomes RRFM, Ceccato MGB, Kerr LRF, Guimarães MDC. Factors associated with low knowledge on HIV/AIDS among men who have sex with men in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2017;33(10):e00125515. doi: 10.1590/0102-311x00125515
18. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil: trajetories of women living with HIV/AIDS in Brazil. *Progress and permanence of the response to the epidemic. Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(1): 87-96. doi: 10.1590/1413-81232017221.14222016
19. Lima ACMAGC, Sousa DMN, Mendes IC, Oliveira LLO, Oriá MOB, Pinheiro PNC. Vertical transmission of HIV: reflections about health promotion and nursing care. *Av Enferm*. 2017;35(2):181-9. doi: 10.15446/av.enferm.v35n2.39872
20. Ziebell NS, Feil AC, Renner FW. Epidemiological profile of HIV positive pregnant women and their newborns in a reference hospital in the interior of Rio Grande do Sul in the 2012-2013 period. *Rev AMRIGS [Internet]*. 2017 [cited 2019 Jul 15];61(1):84-7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-849325>
21. Carvalho CFS, Silva RAR. Socio-demographic and health profile of seropositive women in high-risk pre-natal care. *Cogitare Enferm*. 2014;19(2):292-8. doi: 10.5380/ce.v19i2.36981
22. Chaves ACP, Sousa CSP, Almeida PC, Bezerra EO, Sousa GJB, Pereira MLD. Vulnerability to Human Immunodeficiency Virus infection among women of childbearing age. *Rev Rene*. 2019;20:e40274. doi: 10.15253/2175-6783.20192040274
23. Silva TQC, Szapiro AM. Heterosexuals women in stable relationship: limits of advice on STD/HIV/AIDS. *Rev Subj [Internet]*. 2015 [cited 2019 Aug 15];15(3):350-61. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n3/04.pdf>
24. Freitas JP, Sousa LRM, Cruz CMA, Caldeira NMVP, Gir E. Antiretroviral therapy: compliance level and the perception of HIV/Aids patients. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):327-33. doi: 10.1590/1982-0194201800046
25. Meirelles MQB, Lopes AKB, Lima KC. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2016 [cited 2019 Aug 22];40(6):427–34. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n6/427-434/>
26. Figueiredo MRB, Thomé A, Pinto PC, Prates CS. Vivências de mães soropositivas para o HIV acompanhadas no serviço de assistência especializada. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(4):638-49. doi: 10.5902/2179769215406
27. Cartaxo CMB, Nascimento CAD, Diniz CMM, Brasil DRPA, Silva IF. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. *Estud Psicol*. 2013;18(3):419-27. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300002
28. Costa RHS, Silva RAR, Medeiros SM. Cuidado de enfermagem diante da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2015;7(1):2147-58. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2147-2158
29. Rahim SH, Gabatz RIB, Soares TMS, Milbrath VM, Schwart. Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV e suas interfaces de cuidado. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(Supl. 10):4056-64. doi: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201707
30. Kleinubing RE, Eslava DG, Padoin SMM, Paula CC. Evaluation of the health attention to pregnant women with HIV: comparison between primary and specialized service. *Esc Anna Nery* 2019;23(2):e20180258. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0258

31. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815. doi: 10.1590/0102-311x00195815
  32. Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2018;9(1):33-9. doi: 10.5123/S2176-62232018000100005
  33. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza-Jr PRB, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. *BMC Infect Dis*. 2015;15:100. doi: 10.1186/s12879-015-0837-8
  34. Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Vertical transmission of HIV in the population treated at a reference center. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):158-64. doi: 10.1590/S0103-21002013000200009
  35. Miranda AE, Pereira GFM, Araújo AL, Silveira MFS, Tavares LL, Silva LCF, et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00118215. doi: 0.1590/0102-311X00118215
  36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [cited 2019 Aug 29]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
  37. Melo VH, Botelho APM, Maia MMM, Corrêa-Jr MMD, Pinto JA. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(12):555-61. doi: 1590/SO100720320140005155
  38. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016 [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2017 [cited 2019 Sep 15]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf>
  39. Lima SS, Silva LCS, Santos MV, Martins JP, Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. *Ciênc Saúde* 2017;10(1):56-61. doi: 10.15448/1983-652X.2017.1.22695
-