

## Perfil sociodemográfico e aspectos gestacionais de mulheres com hiv/aids de Curitiba, Brasil



*Sociodemographic profile and gestational aspects of women with hiv/aids in Curitiba, Brazil*  
*Perfil sociodemográfico y aspectos gestacionales de mujeres con vih/sida em Curitiba, Brasil*

Mariana Perotta<sup>a</sup>

Saulo Vinicius da Rosa<sup>a</sup>

Gisele Pontaroli Raymundo<sup>a</sup>

Ruann Oswaldo Carvalho da Silva<sup>a</sup>

Renata Iani Werneck<sup>a</sup>

Juliana Schaia Rocha Orsi<sup>a</sup>

Samuel Jorge Moysés<sup>a</sup>

### Como citar este artigo:

Perota M, Rosa SV, Raymundo GP, Silva ROC, Werneck RI, Orsi JSR, Moysés SJ. Perfil sociodemográfico e aspectos gestacionais de mulheres com hiv/aids de Curitiba, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20220202. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220202.pt>

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico e gestacional de mulheres HIV positivo de Curitiba-PR, anos 2018-2020.

**Método:** Pesquisa observacional, transversal, com dados do Sistema de Informação de Agravos de notificação das gestantes. Os dados foram analisados para exploração de consistência, descrição e análise.

**Resultados:** Amostra perfilou-se majoritariamente por mulheres brancas na faixa etária de 13-30 anos. Pré-natal foi realizado por 93,8% das gestantes, sendo que 66,1% sabiam sua condição sorológica antes do pré-natal e 45% receberam a notificação no 1º trimestre. O acesso à medicação antirretroviral ocorreu para 82,4% das gestantes e para 74,6% o desfecho da gestação foi bebê nascido vivo. As variáveis estatisticamente associadas ao pré-natal foram evolução da gravidez, profilaxia com antirretroviral, tipo de parto e antirretroviral no parto ( $p < 0,001$ ).

**Conclusão:** As gestantes da amostra apresentaram indicadores gestacionais desejados. Os dados coletados permitiram descrever o perfil da amostra e avaliar o desempenho da política de saúde para gestantes.

**Palavras-chave:** HIV. Gestantes. Transmissão vertical de doenças infecciosas. Cuidado pré-natal. Antirretrovirais. Política de saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the sociodemographic and gestational profile of HIV-positive women in Curitiba-PR, years 2018-2020.

**Method:** Observational, cross-sectional research, with data obtained from the Information System of Diseases of Notification of Pregnant Women. Data were analyzed for consistency exploration, description and analysis.

**Results:** The sample consisted mostly of women aged 13-30 years, white and with incomplete elementary school. Prenatal care was performed by 93.8% of pregnant women, 66.1% of whom knew their serological status before prenatal care and 45% received notification in the first gestational trimester. Access to antiretroviral medication occurred for 82.4% of pregnant women and for 74.6% the pregnancy outcome was alive newborns. The statistical variables associated with prenatal care were pregnancy evolution, ART prophylaxis, type of delivery and ART at delivery ( $p < 0.00$ ).

**Conclusion:** The pregnant women in the sample presented desired gestational indicators. The collected data allowed describing the sample's profile and evaluating the performance of the health policy for pregnant women.

**Keywords:** HIV. Pregnant women. Infectious disease transmission, vertical. Prenatal care. Anti-retroviral agents. Health policy.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil sociodemográfico y gestacional de mujeres VIH positivas en Curitiba-PR, años 2018-2020.

**Método:** Investigación observacional, de corte transversal, con datos obtenidos del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación de la mujer embarazada. Los datos fueron analizados para exploración, descripción y análisis de consistencia.

**Resultados:** La muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres de 13 a 30 años, blancas y con instrucción básica incompleta. El control prenatal fue realizado por el 93,8% de las gestantes, siendo que el 66,1% conocía su estado serológico antes del control prenatal y el 45% recibió notificación en el 1er trimestre. El acceso a la medicación antirretroviral ocurrió para el 82,4% de las mujeres embarazadas y para el 74,6% el resultado del embarazo fue nacido vivo. Las variables asociadas estadísticamente al control prenatal fueron evolución del embarazo, profilaxis antirretroviral, tipo de parto y antirretroviral al parto ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** Las gestantes de la muestra presentaron indicadores gestacionales deseados. Los datos recolectados permitieron describir el perfil de la muestra y evaluar el desempeño de la política de salud de las mujeres embarazadas.

**Palabras clave:** VIH. Mujeres embarazadas. Transmisión vertical de enfermedad infecciosa. Atención prenatal. Antirretrovirales. Política de salud.

<sup>a</sup> Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Faculdade de Ciências da Vida. Curitiba, Paraná, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A realidade da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e da contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) vem se modificando no Brasil e no mundo, refletindo no perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV<sup>(1)</sup>. Por volta da década de 1980, a literatura relatava maior prevalência de infecção em homossexuais e bissexuais masculinos; com o passar do tempo houve um aumento entre heterossexuais, o que incrementou a feminização da epidemia<sup>(2,3)</sup>.

O aumento da infecção em mulheres, em sua maioria em idade fértil, refletiu no aumento de gestantes contaminadas pelo HIV<sup>(4)</sup>. Grande parte dos diagnósticos da infecção pelo HIV em mulheres ocorre durante a gestação acarretando o risco da transmissão vertical, que é a principal via de contaminação de crianças. Segundo o protocolo clínico do Ministério da Saúde de 2019, em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, parto e amamentação, o risco da transmissão do HIV pode ser reduzido a menos de 2%<sup>(5,6)</sup>. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que sem esse adequado planejamento o risco é de 15% a 45%<sup>(7)</sup>.

Incluir no pré-natal a realização de teste para o HIV gera uma oportunidade para ações profiláticas, pois o conhecimento do diagnóstico positivo 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. Tudo isso, obviamente, com o objetivo de minimizar os fatores de risco da transmissão vertical e desfechos pós-natais desfavoráveis<sup>(8,9)</sup>.

Doenças transmissíveis e que geram grande impacto na população, como a AIDS, precisam ser levadas ao conhecimento das autoridades sanitárias para nortear políticas públicas. A maneira como isso acontece é pela notificação compulsória. O diagnóstico da infecção pelo HIV e o estabelecimento da AIDS fazem parte da lista nacional de notificação compulsória de doenças. A notificação da AIDS é obrigatória desde 1986, a infecção pelo HIV na gravidez desde 2000, e a infecção pelo HIV desde 2014. No Brasil, no período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes infectadas com HIV<sup>(10)</sup>.

A análise de dados do perfil epidemiológico de gestantes HIV positivo contribui para melhor compreensão contextual da saúde da mulher e da gestante, com reflexos na saúde de seus bebês. A cidade de Curitiba-PR tem um programa bem estruturado de pré-natal que inclui as gestantes HIV positivo. No entanto, não foi observado, na literatura consultada, nenhum estudo explorando os dados dessas gestantes, permitindo descrever um perfil, tanto sociodemográfico quanto gestacional, com a possibilidade de contribuir para o refinamento de

políticas públicas. Desse modo, estabeleceram-se as seguintes questões norteadoras: qual o perfil das gestantes HIV positivo de Curitiba-PR? Os indicadores gestacionais são favoráveis?

Assim, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e gestacional de mulheres HIV positivo da cidade de Curitiba-PR, dos anos de 2018, 2019 e 2020.

## ■ MÉTODO

Estudo de natureza epidemiológica observacional, com abordagem quantitativa, transversal, utilizando bases de dados secundários, ou seja, proveniente de sistemas de informação em saúde da rede pública.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba sob parecer nº 4.410.964.

A base utilizada foi o banco do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) com os dados referentes as fichas de notificação de gestante HIV positivo e também de notificação de AIDS para adultos, que inclui gestantes. Como esses dados são sigilosos, a coleta só foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Um único pesquisador compareceu à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba onde um profissional do setor de epidemiologia acessou o banco do SINAN. O pesquisador realizou a coleta dos dados diretamente da planilha do SINAN.

Foram coletados os dados de todas as gestantes com diagnóstico de HIV positivo que foram notificadas nos anos de 2018, 2019 e 2020, caracterizando assim população do estudo. Os critérios de inclusão foram ter a notificação de gestante HIV positivo no período do estudo pelo município de Curitiba-PR, sendo que Curitiba é referência em atendimento às pessoas que vivem com HIV para determinados municípios de região metropolitana.

Os dados coletados foram organizados de acordo com variáveis preestabelecidas como: sociodemográficas (idade, raça/etnia, escolaridade, município de residência) e de fatores gestacionais (momento do diagnóstico da infecção, trimestre em que foi feita a notificação, realização do pré-natal, uso de medicação antirretroviral na gravidez, tipo de parto, se fez uso de medicação antirretroviral durante o parto, qual a evolução da gravidez, quando iniciou a medicação antirretroviral no bebê e como a gestante se contaminou com o HIV).

Os dados foram anotados em uma planilha Microsoft Excel® sendo garantida a anonimização das participantes. Depois foram exportadas para o programa estatístico SPSS (IBM Statistic 25.0®)<sup>(11)</sup> para exploração de consistência, descrição e análise. Foram realizados testes para verificar eventuais associações ou diferenças entre proporções, especialmente quanto ao aspecto de realização do pré-natal e demais

variáveis do estudo. Foi empregado teste Qui-Quadrado de Pearson seguido pelo Teste Z de diferenças entre duas proporções com correção de Bonferroni ( $p < 0,05$ ).

## ■ RESULTADOS

No período de 2018 a 2020, na cidade de Curitiba-PR, 307 gestantes HIV positivo foram notificadas no SINAN. De acordo com as notificações, dentre essas gestantes, houve

um predomínio de mulheres que tinham entre 13 e 30 anos (58,3%); eram brancas (74,6%) e tinham o ensino fundamental incompleto (24,4%) (Tabela 1).

A maioria das gestantes (81,1%) residiam em Curitiba (Tabela 1), sendo observada residência em todos os 10 Distritos Sanitários da cidade (Tabela 2).

Ao analisar as variáveis obstétricas das 307 gestantes da amostra, a maioria descobriu sua condição sorológica antes do pré-natal (66,1%); teve a notificação de gestante HIV positivo

**Tabela 1** – Distribuição de frequência de dados sociodemográficos das gestantes da amostra (n=307). Curitiba, Paraná, Brasil, 2022

Variável	n	Porcentagem
<b>Idade</b>		
13 a 30 anos	179	58,3%
31 a 49 anos	127	41,4%
Não respondeu	1	0,3%
Total	307	100,0%
<b>Raça/etnia</b>		
Branca	229	74,6%
Negra	62	20,2%
Amarela	7	2,3%
Não respondeu	9	2,9%
Total	307	100,0%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	75	24,4%
Ensino fundamental completo	34	11,1%
Ensino médio incompleto	42	13,7%
Ensino médio completo	59	19,2%
Superior incompleto	16	5,2%
Superior completo	7	2,3%
Ignorado	74	24,1%
Total	307	100,0%
<b>Município de residência</b>		
Curitiba	249	81,1%
Outro município	56	18,2%
Não respondeu	2	0,7%
Total	307	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

no 1º trimestre (45%); realizou o pré-natal (93,8%); tomou a medicação antirretroviral (82,4%); teve como tipo de parto a

cesárea eletiva (45%); usou TARV no momento do parto (65,1%) e se contaminou com o HIV por via sexual (68,1%) (Tabela 3).

**Tabela 2** – Distribuição de frequência das gestantes da amostra quanto ao Distrito Sanitário de residência (n=307). Curitiba, Paraná, Brasil, 2022

Distrito Sanitário	n	Porcentagem
Bairro Novo	39	12,7%
Boa Vista	39	12,7%
CIC	39	12,7%
Cajuru	30	9,8%
Tatuquara	25	8,1%
Matriz	20	6,5%
Boqueirão	19	6,2%
Pinheirinho	17	5,5%
Portão	15	4,9%
Santa Felicidade	6	2,0%
Não informado	2	0,7%
Outro município	56	18,2%
Total	307	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

**Tabela 3** – Distribuição de frequências das variáveis obstétricas das gestantes da amostra (n=307). Curitiba, Paraná, Brasil, 2022

Variável	n	Porcentagem
<b>Diagnóstico da infecção pelo HIV</b>		
Antes do pré-natal	203	66,1%
Durante o pré-natal	92	30,0%
Durante o parto	9	2,9%
Após o parto	3	1,0%
Total	307	100,0%
<b>Notificação de gestante HIV positivo</b>		
1º trimestre	138	45,0%
2º trimestre	84	27,3%
3º trimestre	78	25,4%
Idade gestacional ignorada	7	2,3%
Total	307	100,0%

**Tabela 3 – Cont.**

Variável	n	Porcentagem
<b>Fez pré-natal</b>		
Sim	288	93,8%
Não	13	4,2%
Não respondido	6	2,0%
Total	307	100,0%
<b>Fez profilaxia antirretroviral</b>		
Sim	253	82,4%
Não	26	8,5%
Não respondido	19	6,2%
Ignorado	9	2,9%
Total	307	100,0%
<b>Tipo de parto</b>		
Cesárea eletiva	138	45,0%
Vaginal	84	27,4%
Cesárea urgência	16	5,2%
Não se aplica	11	3,6%
Não respondido	58	18,8%
Total	307	100,0%
<b>Via de contaminação da gestante</b>		
Sexual	209	68,1%
Não soube informar	95	31,0%
Drogas	1	0,3%
Transfusão	1	0,3%
Vertical	1	0,3%Va
Total	307	100,0%
<b>Uso antirretroviral no parto</b>		
Sim	200	65,1%
Não	42	13,7%
Ignorado	65	21,2%
Total	307	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

Em relação ao bebê, para 74,6% o desfecho foi de bebê nascido vivo e 71% iniciaram a TARV nas primeiras 24 horas após o parto (Tabela 4).

Os resultados demonstraram uma significância estatística entre a realização do pré-natal e a evolução positiva da gravidez, a profilaxia com TARV, o tipo de parto e o uso de TARV no momento do parto ( $p < 0,001$ ) (Tabela 5).

**Tabela 4** – Distribuição de frequência das variáveis obstétricas relativas aos bebês das gestantes da amostra (n=307). Curitiba, Paraná, Brasil, 2022

Variável	n	Porcentagem
<b>Evolução da gravidez</b>		
Nascido vivo	229	74,6%
Natimorto	2	0,7%
Aborto	16	5,2%
Não se aplica	6	2,0%
Ignorado	54	17,5%
Total	307	100,0%
<b>Início TARV bebê</b>		
Primeiras 24 horas	218	71,0%
Após 24 horas nascimento	2	0,7%
Não se aplica	19	6,2%
Não realizado	4	1,3%
Ignorado	8	2,6%
Não respondido	56	18,2%
Total	307	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

**Tabela 5** – Testes de diferenças de variáveis obstétricas das gestantes com HIV, segundo realização do pré-natal (n=307). Curitiba, Paraná, Brasil, 2022

Variáveis	Total	Fez pré-natal		Valor de p
	n (%)	sim (%)	não (%)	
<b>Evolução gravidez</b>				
Nascido vivo	229 (74,6%)	220a (96,1%)	9b (3,9%)	
Natimorto	2 (0,7%)	1a (50%)	1b (50%)	
Aborto	16 (5,2%)	12a (75%)	4b (25%)	<0,001
Não se aplica	6 (2,0%)	6a (100%)	0a (0%)	
Ignorado	54 (17,5%)	49a (90,7%)	5b (9,3%)	
<b>Profilaxia antirretroviral</b>				
Sim	253 (82,4%)	253a (100%)	0b (0%)	
Não	26 (8,5%)	26a (100%)	0a (0%)	< 0,001
Ignorado	9 (2,9%)	9a (100%)	0a (0%)	
Não respondido	19 (6,2%)	0a (0%)	19b (100%)	
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	84 (27,4%)	77a (91,7%)	7a (8,3%)	
Cesárea eletiva	138 (45,0%)	137a (99,3%)	1b (0,7%)	
Cesárea urgência	16 (5,2%)	14a (87,5%)	2a (6,3%)	< 0,001
Não se aplica	11 (3,6%)	7a (63,6%)	4b (36,4%)	
Não respondido	58 (18,8%)	53a(91,4%)	5b (8,6%)	
<b>TARV no parto</b>				
Sim	200 (65,1%)	196a (98%)	4a,b(2,0%)	
Não	42 (13,7%)	32a (76,2%)	10b (23,8%)	< 0,001
Ignorado	65 (21,2%)	60a (92,3%)	5b(7,7%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

Teste Qui-Quadrado de Person seguido pelo Teste Z de diferenças entre duas proporções com correção de Bonferroni ( $p < 0,05$ ).

Letras iguais indicam diferença estatisticamente não significantes entre as colunas para cada categoria da variável nas linhas.

## DISCUSSÃO

Em Curitiba, no período de 2018 a 2020, 307 gestantes HIV positivo foram notificadas no SINAN. Nas notificações não há informações referentes a taxa de transmissão vertical, no entanto, de acordo com o Boletim Epidemiológico da cidade, nesse período, a taxa de infecção pelo HIV em crianças com menos de 18 meses variou de 2,1% em 2018, 1,1% em 2019 a zero em 2020<sup>(5)</sup>.

Com relação a raça/etnia (cor da pele autodeclarada, segundo critério do IBGE), para os casos registrados nacionalmente no SINAN de 2007 a junho de 2018 a prevalência foi maior de gestantes HIV positivo da raça branca (46,1%)<sup>(8)</sup>, tal como entre as gestantes da amostra da presente pesquisa. E, apesar da maioria da população brasileira (47%) se autodeclarar parda, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)<sup>(12)</sup> de 2021, isso pode estar relacionado com o fato das regiões sudeste e sul, onde há um maior predomínio de população branca, serem as regiões com maior prevalência de gestantes HIV positivo no Brasil, com 37,4% e 29,5%, respectivamente<sup>(8)</sup>.

A maioria (58,3%) das gestantes da amostra está na faixa etária de 13 a 30 anos, embora seja um dado preocupante por serem mulheres jovens, é esperado por ser a idade reprodutiva, e está em concordância com os dados nacionais em que a faixa etária de maior prevalência é a de 20 a 24 anos (27,5%)<sup>(8)</sup>.

Destaca-se que as fichas de notificação de adultos com AIDS, assim como as de gestantes HIV positivo, não coletam dados relativos à renda. No entanto, estudos afirmam que mulheres jovens, com baixo padrão socioeconômico e poucos anos de estudo formam um grupo vulnerável para infecção perinatal, tanto pela falta de conhecimento dos fatores relacionados à infecção, quanto pela falta de reconhecimento da importância do pré-natal<sup>(1,2,13)</sup>.

Particularmente sobre a cidade de Curitiba, ela é dividida em 10 Distritos Sanitários. São áreas geográficas e administrativas que comportam grupos populacionais com características epidemiológicas e sociais distintas, definidoras de iniquidades sociais refletidas na saúde em geral e nas necessidades de cuidados, bem como dos recursos de saúde para atendê-la. Os Distritos Bairro Novo, Boa Vista e CIC tiveram, cada um, 39 gestantes notificadas com HIV, representando juntos 38,1% da amostra. Ao avaliar o indicador de rendimento médio das famílias nos Distritos, em 2010, esses três Distritos ficaram abaixo do rendimento médio de município de Curitiba (R\$ 3.774,19), sendo o rendimento dos Distritos Bairro Novo e do CIC os dois rendimentos mais baixos dentre os 10 Distritos<sup>(14)</sup>.

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC)<sup>(14)</sup> o Distrito do Boa Vista é o mais populoso e, apesar do Distrito Bairro Novo ser o menos populoso, foi o que apresentou o maior crescimento (16,97%) no período de 2000 a 2010. Alguns estudos também apontam a baixa escolaridade e a baixa renda como indicadores que influenciam a evolução de doenças, tanto pela dificuldade de compreensão das informações disponibilizadas pelos profissionais quanto pela pouca oportunidade de exercer uma atividade remunerada que melhore sua qualidade de vida<sup>(1,13,15,16)</sup>.

A vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV pode ser influenciada por fatores objetivos e subjetivos, ressaltando-se em alguns casos o baixo nível de escolaridade, uso irregular de preservativos, ou multiplicidade de parceiros. As mulheres estão em risco especial de infecção por HIV e progressão da doença devido a um conjunto de fatores biopolíticos que ainda afetam seus corpos e sexualidade<sup>(17)</sup>. Os fatores biológicos que contribuem para a vulnerabilidade especial das mulheres incluem características hormonais, de desenvolvimento e imunológicas. Fatores sociais e políticos como pobreza, relações de poder de gênero e violência interagem com fatores biológicos para criar um perfil de risco para o HIV entre as mulheres<sup>(18)</sup>.

Em um estudo nacional em base hospitalar, "Nascer no Brasil", sobre gestantes HIV positivo, das 74 gestantes da amostra 84,0% foram diagnosticadas com HIV antes e durante o pré-natal, 95,8% realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal e 74,9% usaram medicação antirretroviral durante a gravidez<sup>(6)</sup>. Na amostra do presente estudo os dados em relação ao diagnóstico ter ocorrido antes e durante o pré-natal (96,1%) e as gestantes terem feito uso de TARV (82,4%) foram melhores do que os dados nacionais, no entanto, apesar da taxa de gestantes que realizaram pré-natal em Curitiba (93,8%) ter sido muito boa, ficou um pouco abaixo do estudo nacional, mas acima de outros estudos como o de um estudo no Amapá<sup>(19)</sup> que foi de 81,8%, do estudo de Alagoas<sup>(2)</sup> que foi 84,7% e do estudo da Paraíba<sup>(20)</sup> que foi de 89%.

No entanto, é preciso ressaltar que apesar da alta porcentagem de gestantes que realizaram o pré-natal isso não necessariamente é sinônimo de qualidade, pois existem critérios como número de consultas, realização de exames laboratoriais que avaliam essa qualidade<sup>(19)</sup>, porém o dado do SINAN traz apenas a informação se fez ou não o pré-natal, não permitindo, dentro da proposta de avaliar o perfil das gestantes com esses dados, avaliar a qualidade do pré-natal.

Ainda sobre os dados do pré-natal, além de constatar uma boa porcentagem de gestantes que o realizaram, é importante considerar as 13 gestantes (4,2%) que não fizeram,



pois além do pré-natal contribuir para a identificação do risco gestacional e condução adequada da gestante, esses dados podem estar relacionados com a falta de conhecimento da sua própria condição<sup>(21)</sup>. Estas 13 gestantes estavam em sua maioria (76,9%) na faixa etária de 31-49 anos, eram brancas (53,8%), com ensino fundamental incompleto/completo (30,8%), residiam no distrito sanitário CIC (38,5%), 53,8% realizaram parto vaginal, em 61,5% das gestações o desfecho foi bebê nascido vivo, e em 76,9% não foi feita TARV no momento do parto. Aqui há aspectos relevantes, mais da metade dessas gestantes tiveram parto vaginal e 76,9% não receberam medicação antirretroviral no momento do parto, condições diretamente relacionadas com o risco de transmissão vertical.

Na Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas<sup>(22)</sup> sobre o fim da AIDS, de 2016, foi firmado o compromisso dos países com a meta 90-90-90, na qual até 2020 90% de todas as pessoas vivendo com HIV conheceriam seu status sorológico, 90% das pessoas com diagnóstico positivo receberiam TARV contínua e 90% das pessoas que receberiam TARV teriam supressão viral. Dentre as gestantes da presente amostra foi atingida essa meta em relação ao conhecimento do status sorológico, pois 96,1% das gestantes souberam da sua infecção antes e/ou durante o pré-natal; no entanto, a meta do uso da medicação antirretroviral não foi atingido por 90% da amostra.

Os dados do SINAN não informam a carga viral da gestante, impedindo a avaliação do cumprimento da última meta da OMS. A ausência desse dado impossibilita a avaliação de uma outra condição, pois o protocolo clínico do Ministério da Saúde<sup>(23)</sup> orienta que as gestantes que apresentem carga viral indetectável próxima ao parto não devem ser submetidas a cesárea eletiva, e sim que a via de parto seja escolhida pela indicação obstétrica. O percentual de cesárea eletiva na presente pesquisa foi o maior (45%) dentre as vias de parto, mas sem o dado da carga viral não há como afirmar que as indicações foram corretas. Tal situação também foi descrita em outros estudos<sup>(1,2,4,20,24)</sup>.

Quanto a evidência laboratorial, a maioria das gestantes já sabiam da sua infecção pelo HIV antes do pré-natal (66,1%) ou ficaram sabendo do seu diagnóstico durante o pré-natal (30%). Isso é positivo e reforça a importância do acompanhamento da gestação, ao propiciar o início da TARV para controle da carga viral e diminuir o risco de transmissão vertical. Porém, é importante também voltar o olhar para as gestantes que souberam da sua condição sorológica durante o parto (9) e após o parto (3) e buscar localizar onde está a fragilidade ou falha na rede do cuidado prestado na cobertura do pré-natal e realização de testes rápidos para HIV<sup>(13,24)</sup>.

Apesar da maioria das gestantes HIV positivo terem a sua notificação feita no 1º trimestre da gestação, é relevante considerar que mais da metade, 52,5%, fizeram a notificação no 2º e 3º trimestres, o que contribui para um atraso no início da TARV e pode ser analisado como uma captação tardia das gestantes, influenciando não apenas no manejo da infecção do HIV como de outras condições sistêmicas da gestação<sup>(13,24)</sup>.

Os resultados demonstraram uma significância estatística entre a realização do pré-natal e a evolução positiva da gravidez, a profilaxia com TARV, o tipo de parto e o uso de TARV no momento do parto; isso evidencia que o pré-natal contribui para o desfecho do bebê nascido vivo e o acesso a medicação antirretroviral, sendo fundamental para a busca de ações e serviços que contribuam para a saúde da gestante HIV positivo e do seu filho, pois o uso de TARV, tanto durante a gestação quanto no momento do parto, é imprescindível para que a gestante se mantenha com carga viral baixa ou indetectável e assim esteja saudável e tenha pouco ou nenhum risco de transmitir o vírus para o seu bebê<sup>(4,13)</sup>. No entanto, um dado é muito relevante, todas as 26 gestantes que não fizeram uso de TARV ao longo da gestação realizaram pré-natal, ou seja, isso pode significar tanto uma falha na conduta do serviço quanto uma falha no preenchimento da notificação.

Do total das gestantes HIV positivo, 65,1% receberam medicação antirretroviral no momento do parto e 71% dos recém-nascidos receberam TARV nas primeiras 24 horas. Esse resultado foi inferior ao estudo nacional de base hospitalar<sup>(6)</sup>, mas superior a estudos do Rio de Janeiro<sup>(25)</sup> e Santa Catarina<sup>(26)</sup>.

A principal via de contaminação pelo HIV declarada pelas gestantes da amostra foi a sexual, sendo essa a principal via de contaminação relatada pela literatura<sup>(1,27)</sup>, sendo que 31% das gestantes declararam não saber informar como se contaminaram. O diagnóstico do HIV continua associado a tabus comportamentais, em que as mulheres não podem desfrutar da sua sexualidade de forma livre. E ao descobrirem a soropositividade, podem ser estigmatizadas com a ideia de que não seguiram as normas estabelecidas pela sociedade patriarcal, sendo vistas como “merecedoras” da infecção. Além disso, as mulheres vivendo com HIV podem apresentar contextos de vulnerabilização social e violência como uma das marcas da dinâmica do HIV/AIDS no universo feminino, sugerindo que esta infecção se inscreve em um âmbito de iniquidade de gênero e exclusão social já vivenciadas anteriormente<sup>(27-29)</sup>.

A transmissão vertical do HIV é a principal via de contaminação das crianças sendo a sua eliminação imprescindível no manejo da epidemia e um dos objetivos dos programas

de pré-natal. No guia para a certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis do Ministério da Saúde<sup>(30)</sup>, para obter a certificação é necessário atender aos seguintes critérios mínimos: alcançar e manter as metas dos indicadores de impacto por pelo menos um ano (último ano) e as metas dos indicadores de processo por pelo menos dois anos (últimos dois anos); dispor de sistema de vigilância e monitoramento; implementar comitê de investigação para prevenção da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis; comprovar que foram tomadas todas as medidas preventivas adequadas; resguardar os direitos humanos fundamentais, inclusive o direito à saúde e seus determinantes sociais.

Em dezembro de 2017, Curitiba foi a primeira cidade do país a receber o certificado de eliminação da transmissão vertical do HIV. É possível afirmar que o início desse processo de certificação se deu com o “Programa Mãe Curitibana Vale a Vida” implantado em março de 1999, pois foi nesse programa que se instituiu o protocolo de testagem de HIV. Outra iniciativa de vanguarda foi possibilitar a testagem de HIV em todas as unidades de saúde para a população em geral, a partir de 2001. Em 2007 foi incluído o teste rápido nas maternidades e o manejo da infecção diretamente na atenção primária. Somado a esse processo veio a notificação de infecção pelo HIV, possibilitando uma leitura mais rápida e assertiva dos caminhos da epidemia, assim como melhores estratégias de abordagem<sup>(5)</sup>.

O Boletim Epidemiológico AIDS/HIV de Curitiba, de dezembro de 2021, elaborado com os dados até dezembro de 2020, informa que em 2019 a cidade foi reavaliada e foi mantida a certificação pelos dados de 2017 e 2018, ressaltando que para os critérios ou manutenção da certificação não são contabilizados os casos de transmissão vertical por amamentação ou de gestantes que realizaram o pré-natal em outro município<sup>(5)</sup>.

As limitações deste estudo referem-se ao uso de dados secundários que podem apresentar subnotificações, inconsistências e incompletudes em razão de preenchimento inadequado das fichas de notificação e da alimentação no sistema, além da ausência de informações relevantes. No entanto, cuidados prévios foram tomados, seja na extração dos dados, seja na consistência final da base analisada para que as informações geradas fossem fidedignas e relevantes para o objetivo do estudo.

## ■ CONCLUSÃO

As gestantes de Curitiba-PR com diagnóstico de HIV apresentaram indicadores gestacionais desejados, como realizar o pré-natal, fazer a notificação no 1º trimestre, tomar a medicação antirretroviral durante a gravidez e no

momento do parto, bem como obter a certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV. De todo modo, conhecer e analisar mais detalhadamente os dados relativos a essas gestantes, possibilitou estabelecer mais claramente o perfil sociodemográfico, o que pode auxiliar na tomada de decisões de medidas mais inclusivas para aquela parcela identificada como mais vulnerável. Os dados gestacionais permitiram avaliar a efetividade da realização do pré-natal, mas principalmente observar as gestantes que não conseguiram receber a melhor linha de cuidados, e assim procurar direcionar as medidas de políticas públicas necessárias para incluir essas mulheres em busca dos melhores desfechos sociais e epidemiológicos.

Conhecer mais detalhadamente dados de grupos menores de gestantes HIV positivo, além de auxiliar na avaliação do programa de pré-natal, possibilita que esses dados sejam discutidos com resultados de outras pesquisas e de outros programas de pré-natal, possibilitando assim contribuir para o refinamento de políticas públicas e suscitar o interesse no desenvolvimento de novos estudos com esse grupo de pacientes.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Illán Ramos M, Prieto Tato LM, Guillén Martín S, Navarro Gómez ML, Escosa García L, Roa Francia MÁ, et al. Clinical and epidemiologic characteristics of a cohort of HIV-infected mother-infant pairs during 21 years. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;91(5):479-84. doi: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003085>
2. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 1):613-21. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>
3. Campany LNS, Amaral DM, Santos RNOL. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. *Rev Bioét*. 2021;29(2):374-83. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292475>
4. Feitoza HAC, Koifman RJ, Saraceni V. Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00069820. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069820>
5. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Centro de Epidemiologia. Coordenação de vigilância dos agravos crônicos transmissíveis. Boletim Epidemiológico AIDS/HIV. 2021 [citado 2022 jun 20];8(1):1-60. Disponível em: [https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/BOLETIM\\_EPIDEMIOLOGICO\\_2021\\_07%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o.pdf](https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/BOLETIM_EPIDEMIOLOGICO_2021_07%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o.pdf)
6. Domingues RMSM, Saraceni V, Leal MC. Mother to child transmission of HIV in Brazil: data from the “Birth in Brazil study”, a national hospital-base study. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192985. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192985>
7. World Health Organization [Internet]. Mother-to-child transmission of HIV. Geneva: WHO; 2016c.[cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>
8. Freire DA, Oliveira TS, Cabral JR, Angelim RCM, Oliveira DC, Abrão FMS. Social representations of HIV/AIDS among seropositive pregnant women. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200192. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0192>

9. Domingues RSM, Saraceni V, Leal MC. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. *Rev Saude Publica*. 2018;52:43. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052017439>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2021. Brasília, DF; Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jun 20]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/hiv-aids/boletim\\_aids\\_2021\\_internet.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/hiv-aids/boletim_aids_2021_internet.pdf/view)
11. Nichols SG, Quach P, von Elm E, Guttman A, Moher D, Petersen I, et al. Reporting of studies conducted using observational routinely collected health data (RECORD) statement: methods for arriving at consensus and developing reporting guidelines. *PloS One*. 2015;10(5):e0125620. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125620>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua: características gerais dos moradores 2020-2021 [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2022 [citado 2022 jun 20]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf)
13. 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: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784>
14. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba [Internet]. Perfil físico-territorial e socioeconômico – 75 bairros de Curitiba. Curitiba: IPPUC; 2022 [citado 2022 jun 20]. Disponível em: <https://ippuc.org.br/perfil-fisico-territorial-e-socioeconomico-75-bairros-de-curitiba-2>.
15. Correia FVP, Oliveira HF, Azevedo MRD. Crianças com HIV/AIDS no Brasil: fatores de risco predisponentes, uma revisão sistemática. *Braz J Health Rev*. 2021;4(2):8142-63. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-344>
16. Menezes EF, Santos SRF, Melo GZF, Torrente G, Pinto AS, Goiabeira YNLA. Factors associated with non-compliance with antiretrovirals in HIV/AIDS patients. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):299-304. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>
17. Fasciana T, Capra G, Di Carlo P, Cala C, Vella M, Pistone G, et al. Socio-demographic characteristics and sexual behavioral factors of patients with sexually transmitted infections attending a hospital in Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4722. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094722>
18. Bossonario PA, Ferreira MRL, Andrade RLP, Sousa KDL, Bonfim RO, Saita NM, et al. Risk factors for HIV infection among adolescents and the youth: a systematic review. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2022;30(spe):e3696. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6264.3696>
19. Teixeira SP, Aguiar DS, Nemer CRB, Menezes RAO. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020;12(2):e2543. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2543.2020>
20. 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 Saúde*. 2014;18(2):115-24. doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.s2.03>
21. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8. doi: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
22. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2016 [cited 2022 Jun 20]. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf)
23. 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, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2022 jun 20]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt\\_manejo\\_adulto\\_12\\_2018\\_web.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view)
24. Balis B, Assefa N, Egata G, Bekele H, Getachew T, Ayama GM, et al. Knowledge about vertical transmission of HIV and associated factors among women living with HIV and AIDS attending antiretroviral therapy clinic, Western Ethiopia. *Womens Health*. 2022;18:17455065211070675. doi: <https://doi.org/10.1177/17455065211070675>
25. Araujo ESP, Friedman RK, Camacho LAB, Derrico M, Moreira RI, Calvet GA, et al. Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro. *Braz J Infect Dis*. 2014;18(3):252-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2013.11.002>
26. Oliveira KWK, Oliveira SK, Barranco ABS, Hoffmann T, Duarte CS, Nazário RF, et al. Mother-to-child transmission of HIV in the Southern Region of Santa Catarina, from 2005 to 2015: analysis of risk factors to sero conversion in newborns. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018;18(3):461-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300002>
27. Wang T, Gu Y, Ran L, Tan X, Peng S. Ways of HIV transmission in China: the effect of age, period, and cohort. *Front Public Health*. 2022;10:941941. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.941941>
28. Cavalcante AEO, Coutinho GB, Carvalho AR, Oliveira ETA, Silva SA, Moraes LMV, et al. Professional women of the sex: discourse on the use of the condom and its self-perception of HIV vulnerability. *Res Soc Dev*. 2021;10(2):e24010212440. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12440>
29. Barros AN, Barros JRG, Alves RS, Santos PS, Lima FS, Calixto DMA, et al. Barreiras enfrentadas por mulheres vivendo com o HIV no relacionamento afetivo-sexual: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(13):e425101321530. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21530>
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jun 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/ia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-ou-sifilis-2021>

■ **Agradecimentos:**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Mariana Perotta, Samuel Jorge Moysés.

Conceituação: Samuel Jorge Moysés, Juliana Schaia Rocha Orsi, Renata Iani Werneck.

Curadoria de dados: Mariana Perotta, Samuel Jorge Moysés.

Escrita – rascunho original: Saulo Vinicius da Rosa, Ruann Oswaldo Carvalho da Silva, Gisele Pontarolli Raymundo, Mariana Perotta.

Escrita – revisão e edição: Mariana Perotta, Renata Iani Werneck, Juliana Schaia Rocha Orsi, Samuel Jorge Moysés.

Investigação: Mariana Perotta, Samuel Jorge Moysés.

Metodologia: Mariana Perotta, Juliana Schaia Rocha Orsi, Samuel Jorge Moysés.

Supervisão: Samuel Jorge Moysés.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Mariana Perotta

E-mail: mariperotta@gmail.com

Recebido: 19.07.2022

Aprovado: 09.01.2023

**Editor associado:**

Helga Geremias Gouveia

**Editor-chefe:**

João Lucas Campos de Oliveira