





1 **RUBENS CAURIO LOBATO**

2

3

4

5

6

7 Tese submetida ao Programa de Pós-  
8 Graduação em Ciências da saúde da  
9 Universidade Federal de Rio Grande  
10 como requisito parcial à obtenção do  
11 título de Doutor em Ciências da Saúde.

12

13

14

15

16 **MULHERES GESTANTES QUE VIVEM COM O HIV NO EXTREMO SUL DO BRASIL:**  
17 **UMA INTERFACE ENTRE A EPIDEMIOLOGIA E A ANÁLISE DOS DISCURSOS A**  
18 **PARTIR DE UM ESTUDO QUANTI-QUALITATIVO**

19

20

21

22

23

24

25 **Banca Examinadora:**

26

27 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Mariângela Freitas da Silveira – Ufpel

28 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vanusa Pousada da Hora – FURG

29 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Lulie Rosane Odeh Susin – FURG

30 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Fabiane dos Anjos Gatti – FURG (suplente)

31 Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Carla Vitola Gonçalves

32 Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Maria Barral de Martínez

33

1	<b>Sumário</b>	
2		
3		
4	<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>10</b>
5		
6	<b>Lista de Tabelas.....</b>	<b>11</b>
7		
8	<b>Lista de Quadros .....</b>	<b>12</b>
9		
10	<b>Lista de Siglas.....</b>	<b>13</b>
11		
12	<b>1. Introdução.....</b>	<b>15</b>
13		
14	<b>2. Revisão de Literatura.....</b>	<b>17</b>
15	<b>3. Justificativa.....</b>	<b>31</b>
16		
17	<b>4. Objetivos .....</b>	<b>32</b>
18		
19	4.1. Objetivo Geral .....	32
20		
21	4.2. Objetivos Específicos .....	32
22		
23	<b>5. Hipóteses .....</b>	<b>33</b>
24		
25	<b>6. Metodologia.....</b>	<b>34</b>
26		
27	<b>7. Recursos necessários.....</b>	<b>39</b>
28		
29	<b>8. Cronograma.....</b>	<b>40</b>
30		
31	<b>9. Financiamento.....</b>	<b>40</b>
32		
33	<b>10. Referências bibliográficas .....</b>	<b>41</b>
34		
35	<b>11. Artigo 01: “Perfil das gestantes portadoras do HIV: um estudo de série temporal (2003-</b>	
36	<b>2014)” .....</b>	<b>46</b>
37		

1	<b>12. Artigo 02: “A gestação na presença do HIV: O que há por detrás da soropositividade?”</b>	<b>61</b>
2		
3	<b>13. Conclusão.....</b>	<b>73</b>
4		
5	<b>14. Anexos .....</b>	<b>74</b>
6		
7	<b>15. Apêndices.....</b>	<b>82</b>
8		
9		

1 **LOBATO, R.C. MULHERES GESTANTES QUE VIVEM COM O HIV NO EXTREMO SUL**  
2 **DO BRASIL: UMA INTERFACE ENTRE A EPIDEMIOLOGIA E A ANÁLISE DOS**  
3 **DISCURSOS A PARTIR DE UM ESTUDO QUANTI-QUALITATIVO.** 2017. Tese (Doutorado)  
4 – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal  
5 de Rio Grande, Rio Grande, RS.

6  
7 A presença do HIV/AIDS no contexto gestacional é claramente um fator de risco à saúde física e  
8 mental da mãe e o processo de gestação, o acompanhamento gestacional é permeado de limitações,  
9 controles e intervenções na vida destas mulheres. Este estudo objetivou estabelecer o perfil sócio  
10 demográfico e os aspectos relacionados com os sentimentos envolvidos durante a gestação de  
11 mulheres atendidas em um centro de referência para o HIV/Aids. Foi realizado um estudo quanti-  
12 qualitativo, sendo uma parte retrospectiva de série temporal, associado a um estudo qualitativo. Para  
13 o estudo quantitativo foram incluídas todas as gestantes que realizaram pelo menos uma consulta de  
14 pré-natal ou que tiveram o parto nesse serviço com recém-nascido pesando mais de 500g e idade  
15 gestacional maior ou igual há 22 semanas entre os anos de 2003-2014. Na análise temporal as  
16 pacientes foram divididas em triênios pelo ano do parto, sendo calculadas as prevalências por  
17 triênio. A comparação entre as prevalências foi feita pelo teste de qui-quadrado e tendência linear e  
18 para a comparação das médias foi utilizado o calculo de ANOVA. A abordagem qualitativa foi  
19 realizada por entrevista semiestruturada com questões sobre a presença do HIV na vida de 20  
20 gestantes, atendidas entre 2013-14. A análise de conteúdo foi feita primeiramente pela leitura  
21 flutuante e a construção de unidades de registro, seguida pela categorização de unidades de  
22 significado, de acordo com a sua semelhança e diferenciações. Ambos os estudos foram aprovados  
23 no Comitê de Ética em pesquisa na Área da Saúde da FURG (n. 23116001368/2003-44 e n.  
24 58/2013). A taxa de gestantes portadoras do HIV foi de 12,4 casos/1000 nascimentos de 2003 a  
25 2014. Observamos diminuição linear na média de gestações e partos, passando de 3,07 para 2,04  
26 gestações/paciente e de 2,35 para 1,67 partos/paciente ( $p=0,002$ ;  $p= 0,015$ , respectivamente). A  
27 cobertura de pré-natal passou de 84,9% para 96,4% no terceiro triênio ( $p=0,029$ ). O diagnóstico do  
28 HIV prévio a gestação passou de 40,8% no primeiro triênio para 78,8% no último ( $p\leq 0,001$ ). Dessa  
29 forma o início do antirretroviral passou de seis para três semanas de gestação no último triênio  
30 ( $p=0,005$ ). O parto vaginal foi à principal via de nascimento 52,9% principalmente no terceiro  
31 triênio ( $p=0,006$ ). O uso de Zidovudina (AZT) xarope passou de 87% para 98,1 no segundo triênio  
32 e permaneceu alto ( $p\leq 0,001$ ). Infelizmente a transmissão vertical que vinha apresentando queda de  
33 9,1% no primeiro triênio para 0,9% nos dois triênios seguintes, reapareceu com taxa de 7,1%. A  
34 gestação no contexto do HIV constitui-se de um momento de lutas internas e debates externos para

1 as gestantes. Na perspectiva deste contexto social, as gestantes entrevistadas relataram em suas  
2 falas, as três categorias a serem descritas a seguir: “A gestação consiste em aceitar e ser feliz”, “A  
3 gestação, meus medos, dúvidas e tristezas” e “A gestação enquanto um fardo a ser carregado!”.  
4 Tanto o estudo do perfil epidemiológico como dos sentimentos em relação à gestação e ao  
5 diagnóstico do HIV, consolidam algumas mudanças transcorridas ao longo do tempo. Aspectos da  
6 gestante relativos ao seu nível instrucional, a sua jovem idade, a redução no número de gestações e  
7 partos, assim como a adesão ao pré-natal e à TARV, apontam para uma melhor aceitação deste  
8 binômio. A ocorrência do diagnóstico prévio a gestação, dá espaço para a elaboração de medos,  
9 anseios e tristezas, fato que pode e alterar a adesão aos cuidados de sua saúde. A efetividade da  
10 conduta da cascata de cuidados é fundamental para a prevenção de novas infecções, da saúde  
11 gestante, de sua qualidade de vida, bem como de seus aspectos biopsicossociais. Neste sentido, a  
12 mulher soropositiva necessita ser ouvida, para que tais incongruências sejam reconhecidas e  
13 avaliadas durante e após o seu atendimento pré-natal.

14

15

16

1 **LOBATO, R.C. MULHERES GESTANTES QUE VIVEM COM O HIV NO EXTREMO SUL**  
2 **DO BRASIL: UMA INTERFACE ENTRE A EPIDEMIOLOGIA E A ANÁLISE DOS**  
3 **DISCURSOS A PARTIR DE UM ESTUDO QUANTI-QUALITATIVO.** 2017. Tese (Doutorado)  
4 – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal  
5 de Rio Grande, Rio Grande, RS.

6  
7 The presence of HIV / AIDS during pregnancy is clearly a risk factor for mother physical and  
8 mental health and the gestational process. Prenatal care is permeated with limitations, controls and  
9 interventions in the life of these women. This study aimed to establish the socio-demographic  
10 profile and the aspects related to the emotions involved during the gestation of HIV+ women who  
11 attended to prenatal care at a reference center for HIV / AIDS in Southern Brazil. A quantitative-  
12 qualitative study was conducted, with a retrospective temporal analysis associated to a qualitative  
13 study. The quantitative study included all pregnant women who attended at least one visit or who  
14 delivered in that center a newborn weighing more than 500g and gestational age greater than or  
15 equal to 22 weeks, between the years of 2003- 2014. In the temporal analysis, the patients were  
16 grouped by the year of delivery, and the prevalence was calculated by triennium. The prevalence  
17 was compared by the chi-square test and linear trend and the means were compared by ANOVA.  
18 The qualitative approach was conducted through a semi structured interview; this analysis included  
19 20 pregnant women visiting the center between 2013-14. The content analysis was carried out, first  
20 by floating reading and the construction of recording units, followed by the categorization of units  
21 of meaning, according to their similarities and differences. Both studies were approved by the  
22 FURG Ethics Committee (CEPAS/FURG) (23116001368 / 2003-44 and n.58 / 2013). The rate of  
23 HIV-positive pregnant women was 12.4 cases / 1000 births from 2003 to 2014. We observed a  
24 linear decrease in the mean of gestations and deliveries, from 3.07 to 2.04 gestations / patient and  
25 2.35 to 1, 67 deliveries / patient ( $p = 0.002$ ,  $p = 0.015$ ), respectively. Prenatal coverage increased  
26 from 84.9% to 96.4% in the third triennium ( $p = 0.029$ ). The diagnosis of HIV before pregnancy  
27 increased from 40.8% in the first triennium to 78.8% in the latter ( $p \leq 0.001$ ). Thus, the onset of  
28 antiretroviral therapy was anticipated from six to three weeks of gestation in the last triennium ( $p =$   
29  $0.005$ ). The vaginal delivery was the main way of birth (52.9%) specially in the third triennium ( $p =$   
30  $0.006$ ). The use of Zidovudine (AZT) in the infants increased from 87% to 98.1% in the second  
31 triennium and remained high ( $p \leq 0.001$ ). Unfortunately, the vertical transmission, which had  
32 dropped from 9.1% in the first triennium to 0.9% in the two subsequent, reappeared at a rate of  
33 7.1%. Pregnancy in the context of HIV infection is a time of internal struggles and external debates.  
34 From the perspective of this social context, pregnant women interviewed reported in their speeches

1 the three categories to be described next: "Pregnancy consists in accepting and being happy",  
2 "Pregnancy, my fears, questions and sorrows" and "Pregnancy as a burden to bear!" Both the study  
3 of the epidemiological profile and the feelings regarding pregnancy and the diagnosis of HIV,  
4 consolidate some changes that have occurred over time. Aspects of the pregnant women regarding  
5 instructional level, young age, the reduction in the number of pregnancies and deliveries, as well as  
6 the adherence to prenatal and ART, point to a better acceptance of this binomial. The occurrence of  
7 the diagnosis prior to gestation, the space for the elaboration of fears, longings and sorrows, a fact  
8 that can and will change the adherence to the care of their health. The effectiveness of the conduct  
9 of the cascade of care is fundamental for the prevention of new infections, pregnant health, quality  
10 of life, as well as their biopsychosocial aspects. In this sense, the HIV-positive woman needs to be  
11 heard so that such incongruities are recognized and evaluated during and after her prenatal care.

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

1 **LISTA DE FIGURAS**

2

**Figura 01-** Fluxograma da revisão de literatura. As linhas descontínuas indicam o número de artigos excluídos por duplicata.-----19

3 **Figura 02:** Dados sobre a escolaridade no Brasil, segundo o sexo. Fonte: IBGE, 2015.-----20

4

5 **Figura 03:** Registros de novas infecções em indivíduos menores de 14 anos no período 2000-2015  
6 no mundo. Fonte: UNAIDS, 2016. -----22

7

8 **Figura 04:** Modelo de tratamento antirretroviral aplicado para a prevenção da TMI, conforme  
9 protocolos internacionais, no mundo. Fonte: UNAIDS, 2016. -----

10 22

11

12 **Figura 05:** Frequências da população feminina que recebe TARV em profilaxia à TMI, conforme as  
13 macro-regiões mundiais. Fonte: UNAIDS, 2016. -----

14 23

15

16 **Figura 06:** Taxa de detecção de HIV em gestantes, conforme a região de residência no Brasil  
17 (2006-2015). Fonte: BRASIL, 2016. -----

18 24

19

20 **Figura 07:** Taxa de detecção de HIV em gestantes, conforme a unidade da federação no Brasil.  
21 Fonte: BRASIL, 2016. -----

22 25

23

24

25

26

27

28

29

1	<b>LISTA DE TABELAS</b>	
2		
3	<b>Artigo 1 - Perfil da gestante portadora do HIV: um estudo de série temporal (2003-2014)</b>	
4		
5	<b>Tabela 01: Distribuição do total de casos de gestantes HIV positivas por triênio, Rio Grande, RS----</b>	
6	-----	52.
7	<b>Tabela 02: Perfil epidemiológico das gestantes soropositivas para o HIV no período de 2003-2014,</b>	
8	<b>Rio Grande-RS (n=395) -----</b>	52.
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		

1 **LISTA DE QUADROS**

2

3 **Quadro 1** - Variáveis independentes do estudo 2003-2014 -----37

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

- 1 **LISTA DE SIGLAS**
- 2
- 3 AIDS - Síndrome da Imunodeficiência /Adquirida
- 4 ANOVA - Análise de Variância
- 5 ARV - Antirretroviral
- 6 ART - Terapia Antiretroviral
- 7 AZT - Zidovudina
- 8 CD4 - Cluster of Differentiation 4
- 9 CEPAS - Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
- 10 DP - Desvio Padrão
- 11 DST - Doença Sexualmente Transmissível
- 12 ELISA - Ensaio Imunoenzimático
- 13 ES - Espírito Santo
- 14 EUA - Estados Unidos da América
- 15 FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
- 16 FURG - Universidade Federal do Rio Grande
- 17 HAART - Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
- 18 HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
- 19 HU - Hospital Universitário
- 20 IC - Intervalo de Confiança
- 21 INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
- 22 IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- 23 NVP - Nevirapina
- 24 OMS - Organização Mundial de Saúde
- 25 OR - Odds Ratio
- 26 RS - Rio Grande do Sul
- 27 RJ - Rio de Janeiro
- 28 SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificações
- 29 SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
- 30 TARV - Terapia antirretroviral
- 31 TMI - Transmissão Materno-Infantil
- 32 TV - Transmissão Vertical
- 33 UDI - Usuários de Drogas Ilícitas
- 34 UF - Unidade da Federação

1 UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

2 ZDV - Zidovudina

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

## 1. Introdução

2

3 O vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi descoberto em 1981 e associado à Síndrome  
4 da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), em 1983 (BARRÉ-SINOUSSE, et al. 1983;  
5 GALLO, et al. 1983) e desde então se constitui um grande problema de saúde pública, tendo em  
6 vista a demanda de custos que onera ao sistema de saúde. A transmissibilidade do HIV está pautada  
7 no contexto de vulnerabilidade social, termo este que aponta para as condições sociais do indivíduo,  
8 diretamente relacionados com a exclusão social (DYER et al, 2012).

9 Nos últimos anos, a epidemia do HIV/AIDS tem sido caracterizada por um processo de  
10 feminilização onde a razão entre os sexos que em 1982 era de 14 homens infectados para zero  
11 mulheres, passou em 2016 para três homens/uma mulher. (BRASIL, 2016; UNAIDS, 2016). A  
12 presença do HIV no universo feminino é um fator condicionante em suas vidas tendo em vista as  
13 repercussões que ocasiona na saúde geral, reprodutiva e mental destas mulheres (SILVA;  
14 SZAPINO, 2015). Além disso, o aumento do número de mulheres infectadas está associado a um  
15 maior risco de transmissão materno-infantil (TMI) desse vírus (BRASIL, 2016).

16 No Brasil, de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes soropositivas para  
17 o HIV, sendo a maioria destas residentes na região Sudeste (39,8%), seguida pela região Sul  
18 (30,8%). O Rio Grande do Sul apresentou taxa de detecção de HIV em gestante de 10,1 casos/mil  
19 nascidos vivos, enquanto no Brasil a taxa é de 2,7casos/1000 nascimentos. Além disso, Porto Alegre  
20 é a capital com a maior detecção de HIV na gestação, com 22,9 casos/mil nascidos vivos, sendo 8,4  
21 vezes maior que a taxa nacional. Quanto ao perfil das gestantes portadoras do HIV, desde 2000 a  
22 faixa etária predominante é entre 20 e 24 anos, com 28,6% dos casos, a maioria (30,1%) possui da  
23 5ª a 8ª série incompleta, 45,9% são de cor parda e 38,1% branca. Dados recentes apontam que  
24 gestantes soropositivas mais jovens, com melhor nível de escolarização, maior adesão ao pré-natal,  
25 uso de TARV e diagnóstico precoce, tem melhor prognóstico gestacional e prevenção da TMI  
26 (BRASIL, 2016).

27 O HIV surge como um agente transformador negativo, pois limita e define práticas para toda  
28 uma vida. A sua presença passa a reger atitudes com relação às relações com as outras pessoas, em  
29 especial à vida das mulheres, tendo em vista as possíveis transformações acerca de sua saúde  
30 reprodutiva, bem como do processo gestacional (DYER et al, 2012).

31 Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres se tornam alvo fácil da pressão social de  
32 uma lógica machista e centrada no compromisso ético e moral da maternidade. No contexto do HIV,  
33 o direito da escolha de uma mulher em ser mãe, ainda tende a enfrentar as opiniões controversas de

1 profissionais de saúde, muito embora o desejo de ser mãe apresenta-se como algo maior e mais  
2 consolidado na vida destas mulheres, em detrimento da presença do vírus em suas vidas  
3 (CORDOVA, et al. 2013).

4 Em um segundo momento, a mulher ao se descobrir soropositiva para o HIV, transpassa uma  
5 etapa de desconforto, apatia, medos dos mais diversos e, por vezes, a submissão ao comportamento  
6 do parceiro, demonstrando claramente uma dependência inicial à situação. Vale ressaltar que o  
7 conhecimento da soropositividade pode ocorrer às vésperas de um diagnóstico de gestação, tendo  
8 em vista que o momento do pré-natal coincide com a testagem compulsória ao HIV (WAGNER;  
9 BOSI, 2013). Dessa forma a mulher soropositiva nem bem elabora o resultado de uma gestação  
10 vindoura e necessita rapidamente tomar decisões acerca de sua própria saúde. Tais transformações  
11 são essencialmente para o controle da transmissão materno infantil (TMI) do HIV e são de suma  
12 importância para a redução das taxas de infecção de novos portadores e para o controle da  
13 epidemia. A gestante HIV torna-se o foco de políticas de prevenção e, para tanto, seus aspectos  
14 socioeconômicos, culturais e psicológicos são de suma importância no que diz respeito ao programa  
15 de acompanhamento pré-natal (TORNATORE et al, 2010). .

16 Neste sentido, a busca por estabelecer um perfil epidemiológico das gestantes portadoras do  
17 HIV e dos fatores intrínsecos ao contexto da gestante ainda permanecem obscuros. Neste estudo,  
18 busca-se, a compreensão das gestantes que vivem com HIV e seu status epidemiológico, social e  
19 emocional.

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

## 1 2. Revisão de Literatura

2

3 O processo de busca e leitura de referências bibliográficas foi realizado através das bases de  
4 dados Pubmed/Medline e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que inclui as bases Lilacs e Scielo.  
5 Foram utilizadas palavras chaves e termos descritos pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) e pelos  
6 Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

7 Os descritores utilizados foram: “*epidemiological profile AND HIV AND pregnant women*”;  
8 “*pregnancy AND HIV AND diagnostic AND epidemiology*”; “*pregnancy outcomes AND HIV AND*  
9 *antenatal care AND epidemiology*”; “*pregnant women AND HIV AND maternity OR emotional*  
10 *aspects*”, conforme Figura 1.

11 Os limites de pesquisa utilizados na estratégia de busca de ambas as bases foram trabalhos  
12 publicados nos últimos cinco anos, realizados em humanos, com idade  $\geq 18$  anos, contendo os  
13 descritores/palavras-chave, localizados no título ou no resumo.

14 As referências obtidas foram importadas para o programa Microsoft Excel 2010<sup>®</sup> gerando  
15 duas bibliotecas, uma para cada base de dados, num total de 910 artigos. Foi realizada leitura dos  
16 títulos, excluindo aqueles em duplicata e os que não apresentavam relação com o tema de pesquisa,  
17 resultando em 150 trabalhos. Essas referências tiveram seus resumos avaliados e então 98 artigos de  
18 maior interesse foram selecionados para leitura do resumo (figura 1). As referências excluídas  
19 apresentavam os seguintes enfoques:

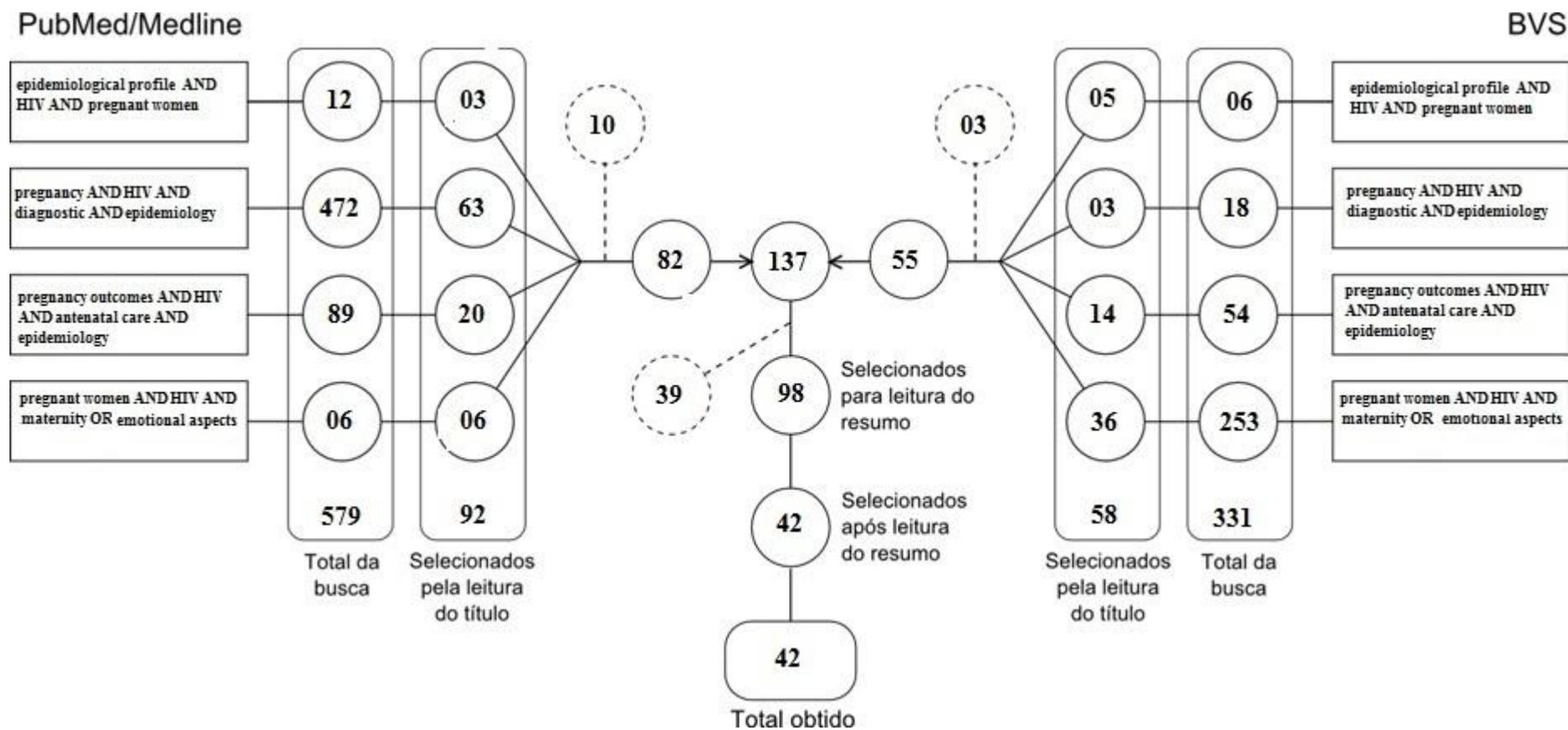
- 20 • Estudos focalizando resistência à TARV;
- 21 • Levantamentos epidemiológicos avaliando a taxa de sobrevivência de neonatos expostos ao  
22 HIV/Aids;
- 23 • Estudos sobre a relação custo x benefício do aleitamento materno em situação de risco  
24 alimentar de neonatos de mães soropositivas para o HIV;
- 25 • Avaliação psicológica e /ou psiquiátrica de gestantes soropositivas para o HIV/Aids.

26 Para adquirir os artigos primeiramente buscou-se os que estavam disponíveis na internet e os  
27 não disponíveis foram conseguidos via sítio eletrônico dos periódicos CAPES  
28 (<http://www.periodicos.capes.gov.br>) e através de conexão *proxy* da universidade.

29 Ao final desse processo foram obtidas 42 referências para compor a seção “Revisão de  
30 literatura” deste projeto de pesquisa (figura1). Após a leitura detalhada dos artigos, os achados  
31 foram descritos de forma breve na seção a seguir. Além desses, é de relevância citar que foram  
32 utilizadas outras publicações julgadas como necessários para melhor compreensão do tema.

33

**Figura 02-** Fluxograma da revisão de literatura. As linhas descontínuas indicam o número de artigos excluídos por duplicata.



## 2.1. Perfil sócio demográfico das gestantes com HIV/AIDS

A infecção pelo HIV em mulheres constitui-se de um problema de duas vias: a presença do vírus nestas pacientes e a possibilidade de transmissão materna infantil. Por outro lado, fatores sócios demográficos são relevantes no contexto da vulnerabilidade da população feminina (DYER, et al.2012). Estudos apontam que mulheres jovens apresentam maior risco a serem contaminadas pelo HIV. A idade irá conferir uma condição de reduzida compreensão da vida sexual, de suas práticas seguras e de estratégias de prevenção, tanto no que diz respeito ao uso de preservativo, como na prevenção de gestações (IVANOVA, et al. 2012).

Em diversos estudos ao redor do mundo as gestantes portadoras do HIV apresentam idade entre 16 e 35 anos de idade. Sendo que em regiões mais carentes e empobrecidas a média de idade registrada é em torno de 25 anos enquanto em países com melhores condições socioeconômicas, a média de idade desse grupo de gestantes é em torno de 30 anos (MONPLAISIR, et al. 2015; ISHIKAWA, et al. 2016; TOOKEY, et al. 2016; AGUILLAR-ZAPATA, et al. 2017; GONZÁLEZ, et al. 2017).

No Brasil, relatórios do Ministério da Saúde, assim como estudos realizados apontam para médias de idade das gestantes soropositivas, inseridas dentro do intervalo 20-24 anos (BRASIL, 2016). Estudo realizado com 41,157 partos, sendo destes, 934 realizados em gestantes soropositivas para o HIV na região norte do país indica que nessa população 42,1% das gestantes encontram-se entre 18 a 23 anos de idade (MENESES, et al. 2014). Já na região sudeste do país onde temos as maiores taxas de diagnóstico de HIV na gestação essas têm idade em torno de 27 anos (XAVIER, et al. 2013).

Em associação com a idade das gestantes, o nível instrucional surge como um fator preponderante para a análise de risco a infecção pelo HIV. Nos últimos anos a média de escolaridade da população brasileira tem aumentado, e um reflexo destes dados aponta, também, para a população de mulheres soropositivas para o HIV. Os estudos de perfil epidemiológico realizados no Brasil sugerem que a população feminina soropositiva para o HIV ainda permanece como pertencente à categoria de até sete ou oito anos de escolarização e associa tal condição à renda mais baixa e à multiparidade. Quanto maior o nível instrucional melhora as condições socioeconômicas de mulheres gestantes soropositivas, muito embora tais dados não sejam homogêneos em todo o país. Em um estudo realizado por Acosta e colaboradores (2016), a prevalência do HIV foi maior no grupo de mulheres gestantes que possuíam uma escolaridade inferior a oito anos (ACOSTA et al., 2016).

O aspecto étnico também é um fator importante a ser referenciado, pois confirma associado à idade, escolaridade e renda, o perfil de vulnerabilidade socioambiental de mulheres gestantes

1 soropositivas para o HIV. Entre os dados de países desenvolvidos, a etnia sugere maior ou menor  
2 acesso aos serviços de saúde, à atenção pré-natal e ao cuidado com o recém-nascido, tendo em vista  
3 as condições de cada país acerca de suas estratégias de atenção à saúde (UNAIDS, 2016).

4 Estudos realizados nos Estados Unidos declaram resultados díspares entre populações de  
5 gestantes soropositivas brancas e afro-americanas ou latinas. Estas duas últimas, mais vulneráveis,  
6 com menor escolarização e, portanto menor renda familiar. Neste país, o sistema de saúde privado  
7 não acolhe as populações de uma forma integral e, portanto a estratégia de cascata de cuidado surge  
8 apenas dentro dos sistemas privados de atenção (MONPLAISIR, et al, 2015). Em um estudo  
9 realizado no Reino Unido e Irlanda, os autores identificaram que entre 4864 gestantes soropositivas  
10 para o HIV, 77% destas eram negras (TOOKEY, et al. 2016). Nos Estados Unidos, em um estudo de  
11 série temporal com 836 mulheres gestantes, a prevalência é de 79,1% na etnia negra, variando entre  
12 78,3 – 80,2% (MONPLAISIR, et al, 2015).

13 No Brasil um estudo realizado em Vitória (ES) entre 2001-2012 com 109 gestantes  
14 soropositivas para o HIV observou que, 89% delas tinham idade entre 16-35 anos com média de 28  
15 anos, 76,1% eram negras ou pardas e 63,3% tinham 8 anos ou mais de estudo (REIS, et al., 2016).  
16 Estudos apontam para um aumento no número de gestantes jovens, de baixa renda, com baixos  
17 níveis de escolaridade, sem atividade laboral ou renda própria além de serem múltiparas. Estaria  
18 então deflagrado um perfil de vulnerabilização e de pauperização das mulheres soropositivas  
19 (GUANABARA, et al.2014).

20

## 21 **2.2. Dados epidemiológicos sobre o diagnóstico das gestantes e uso de TARV**

22

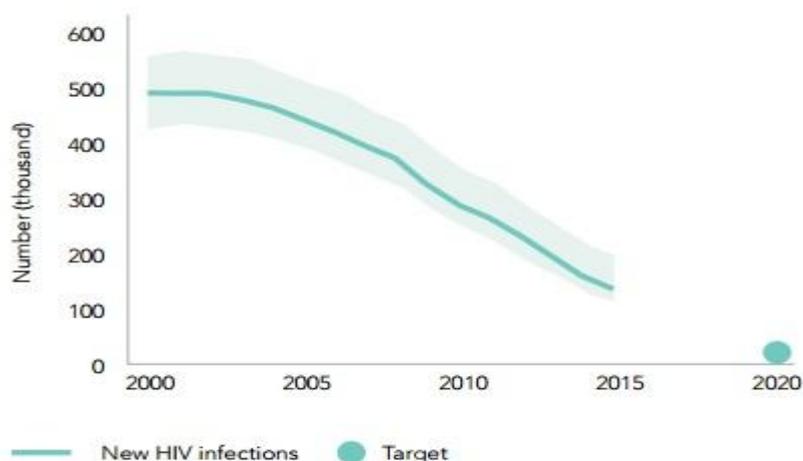
23 O compromisso em se estabelecer uma geração sem AIDS segue com inúmeras conquistas,  
24 impulsionadas pelo Plano Global para a eliminação de novas infecções pelo HIV. O decréscimo nas  
25 novas taxas de infecções e mortes relacionadas com a AIDS ocorreu principalmente devido à  
26 expansão generalizada da testagem para o HIV e do uso de medicamentos antiretrovirais para as  
27 mulheres que vivem com o HIV, antes, durante e após a gravidez (UNAIDS, 2016b).

28 De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), nos  
29 últimos anos os dados apontam para um enorme ganho adquirido no combate ao aumento do  
30 número global de casos de novas infecções pelo HIV/AIDS no mundo, principalmente devido às  
31 novas estratégias de prevenção da TMI e ao tratamento efetivo e precoce das gestantes (Figura2).  
32 (UNAIDS, 2016a).

33

34 **Figura 2:** Registros de novas infecções em indivíduos menores de 14 anos no período 2000-2015  
35 no mundo. Fonte: UNAIDS, 2016.

## New HIV infections among children (aged 0–14 years), global, 2000–2015



Source: UNAIDS 2016 estimates.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que todas as mulheres grávidas fossem tratadas com a Opção B +, que envolve oferta imediata e de longo prazo de terapia antiretroviral, independentemente da contagem de células CD4. Neste mesmo ano, 91% dos 1,1 milhões de mulheres que receberam medicamentos antirretrovirais para prevenir a TMI prosseguiram com a terapia antirretroviral (UNAIDS, 2016b).

Uma das razões para as quedas nas taxas de transmissão do HIV consiste na melhoria dos esquemas de profilaxia ao longo dos últimos cinco anos. Em 2010, a maioria das mulheres grávidas foi tratada com medicamentos antirretrovirais de eficácia limitada, utilizadas unicamente para evitar a transmissão subsequente para a criança. Avanços científicos e experiência operacional têm demonstrado que a terapia antirretroviral imediatamente após o diagnóstico e de longo prazo é mais eficaz para a prevenção da TMI do HIV (UNAIDS, 2016b).

Na Irlanda e Grã-Bretanha, os dados apontam para uma proporção de diagnóstico do HIV antes e durante o período pré-natal de 49,8% e 50,2%, respectivamente. Mostrando que todas as gestantes desses países conhecem o seu status sorológico prévio ou no momento do início do pré-natal (TOOKEY, et al. 2016).

Um estudo multicêntrico, realizado em quatro países africanos (República Democrática do Congo, Moçambique, Nigéria e Uganda) observou que dentre as gestantes soropositivas para o HIV, 63,9% não eram conhecedoras de seu estado sorológico (GUNN, et al, 2016). Ndege e cols. (2016) ao estudarem 7.396 mulheres gestantes no Quênia encontraram uma prevalência de 62,2% de conhecimento prévio acerca de seu estado sorológico para o HIV. No entanto, em Moçambique, onde os serviços de atenção a pré-natal ainda não atingem a sua efetividade, a taxa de detecção do

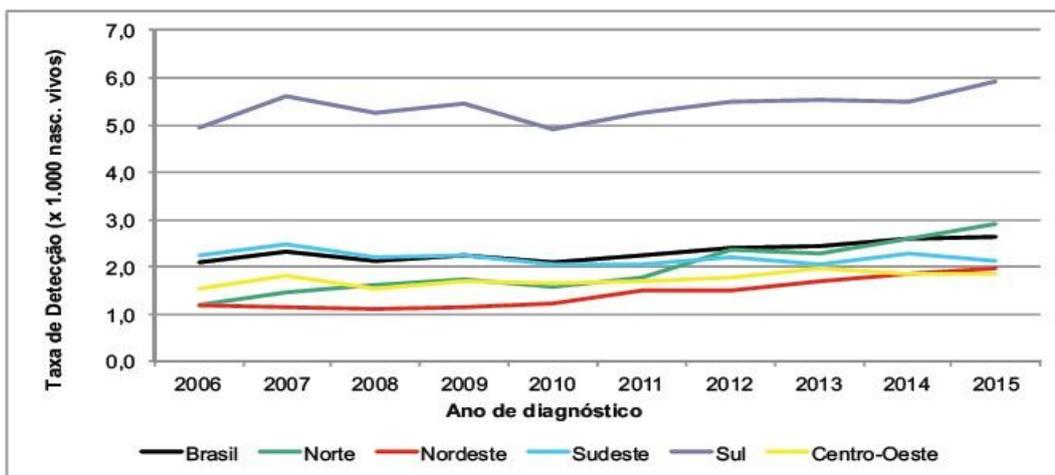
1 HIV no pré-natal é de apenas 19%, sendo que 11% das gestantes tem ausência de diagnóstico  
2 (AUDET, et al. 2016).

3 No Brasil, de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes soropositivas para  
4 o HIV, sendo a maioria destas residentes na região Sudeste (39,8%), seguida pelas regiões Sul  
5 (30,8%), Nordeste (16,2%), Norte (7,4%) e Centro-Oeste (5,7%). Em 2015, foram identificadas  
6 7.901 gestantes no Brasil, sendo 31,9% na região Sudeste, 29,6% no Sul, 20,9% no Nordeste,  
7 11,8% no Norte e 5,8% no Centro-Oeste (BRASIL, 2016).

8 Existe uma tendência de aumento nas taxas de detecção de gestantes com HIV no Brasil nos  
9 últimos dez anos; em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos para cada mil nascidos vivos, a qual  
10 passou para 2,7 em 2015, indicando um aumento de 28,6%. É apresentada uma tendência de  
11 crescimento entre as regiões do país, com exceção da região Sudeste, que permaneceu estável, com  
12 uma taxa de 2,2 casos para cada mil nascidos vivos em 2006 e em 2015 (Figura 3) (BRASIL, 2016).

13

14 **Figura 3:** Taxa de detecção de HIV em gestantes, conforme a região de residência no Brasil (2006-  
15 2015). Fonte: BRASIL, 2016.



16

Taxa de detecção de HIV em gestantes (/mil nascidos vivos) segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2006 a 2015.

17

18 Em 2015, a região Sul do Brasil, foi considerada aquela que apresentou a maior taxa de  
19 detecção do HIV em gestantes dentre todas as regiões do país. O Rio Grande do Sul apresentou taxa  
20 de detecção de HIV em gestante de 10,1 casos/mil nascidos vivos, enquanto no Brasil a taxa é de  
21 2,7casos/1000 nascimentos (Figura 4). Além disso, Porto Alegre é a capital com a maior detecção  
22 de HIV na gestação, com 22,9 casos/mil nascidos vivos, sendo 8,4 vezes maior que a taxa nacional  
23 (BRASIL, 2016).

24

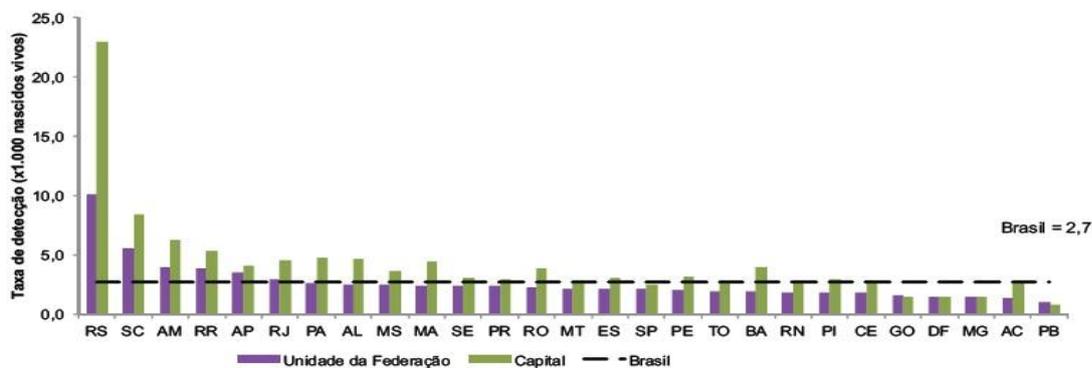
25

26

1

2 **Figura 4:** Taxa de detecção de HIV em gestantes, conforme a unidade da federação no Brasil.

3 Fonte: BRASIL, 2016.



4 Taxa de detecção de gestantes com HIV (/1.000 mil nascidos vivos) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2015.

5

6 O diagnóstico do HIV em mulheres gestantes no Brasil vem apresentando resultados  
7 favoráveis a uma taxa de detecção cada vez mais precoce. Tal condição favorece no uso da TARV e  
8 na melhora do perfil imunológico destas gestantes, e por consequência na maior adesão á estratégia  
9 de prevenção a TMI do HIV (RAMOS, et al. 2013). Em um estudo com 1.036 gestantes  
10 soropositivas na região metropolitana do Rio de Janeiro, Araújo e cols. (2014) encontraram uma  
11 frequência de diagnóstico prévio de 20% e durante a gestação de 45% nas gestantes pesquisadas  
12 (ARAÚJO, et al. 2014). Em contrapartida, em outro estudo realizado em Vitória-ES, com 109  
13 gestantes, o momento diagnóstico anterior à gestação foi de 64% dos casos (REIS, et al. 2015),  
14 dados que corroboram os achados de Acosta e cols. (2016), em Porto Alegre-RS, onde os autores  
15 encontraram uma frequência de 63,4% de diagnóstico prévio para o HIV em um total de 1.500  
16 gestantes pesquisadas (ACOSTA, et al. 2016).

17 Em 2010, Tornatore e colaboradores, pesquisaram 144 crianças nascidas de 134 grávidas  
18 soropositivas, sendo dois casos de soro conversão para o HIV durante a gravidez. A taxa de  
19 transmissão vertical foi de 4,9% (7 /144). O momento da transmissão vertical foi definido em cinco  
20 casos, sendo quatro ocorridos via intrauterina e um intraparto. Quanto ao histórico do tratamento,  
21 nos casos em que houve infecção intrauterina para o HIV apenas uma mãe tinha começado o ARV  
22 antes das 34 semanas de gestação e três delas apenas receberam AZT injetável no parto. Todas as  
23 crianças deste grupo receberam AZT xarope após o nascimento, sendo que a criança infectada  
24 intraparto recebeu apenas esta profilaxia. O uso de ARV nos três estádios da profilaxia (na gestação,  
25 no parto e ao recém-nascido) foi um fator de proteção para impedir a TMI (TORNATORE et al.,  
26 2010). Um novo estudo conduzido em 2014, que incluiu 262 gestantes portadoras do HIV mostrou  
27 uma taxa de TMI de 3,8%, sendo que a carga viral maior ou igual a 1000 cópias e o não uso de ARV  
28 foram os fatores de risco associados ao maior risco de TMI (BARRAL et al., 2014).

1 Em outro estudo, Rosa e colaboradores (2015) pesquisaram 353 crianças nascidas de  
2 gestantes com HIV-1 entre 1998 e 2011, as taxas de transmissão vertical caíram de 11,8% para  
3 2,9%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). É interessante observar os resultados em diferentes períodos, em  
4 que a taxa de transmissão entre 1998 e 2000 foi de 11,8, de 2001 a 2004 de 7,7%, de 2005 a 2008  
5 de 2,7% e de 2009 a 2011 de 2,9%. Entre 1998 e 2004, 60,7% das grávidas aderiram à ART e entre  
6 2005 e 2011 a taxa de adesão foi de 73,3% ( $p < 0,02$ ). Como reflexo do diagnóstico e da adesão a  
7 ART a taxa de células CD4+T maior do que 500 aumentaram de 28,4% entre 1998-2004 para  
8 57,3% entre 2005-2011( $p < 0,001$ ). Ao analisar a carga viral materna, pode-se observar que as  
9 grávidas com carga viral entre indetectável e log de 2,9 representavam 28,4% de 1998-2004 e  
10 passaram para 68% de 2005-2011( $p < 0,001$ ) (ROSA et al., 2015).

11

### 12 **2.3. Dados epidemiológicos do pré-natal e desfecho gestacional das gestantes com** 13 **HIV/AIDS**

14

15 Estudos ao redor do mundo apresentam diferentes perfis de atenção e de cuidados pré-natais  
16 em gestantes soropositivas para o HIV. Momplaisir e cols., em estudo realizado com 656 gestantes  
17 soropositivas para o HIV nos Estados Unidos, observou que o início do pré-natal foi avaliado como  
18 adequado ou intermediário em 77,1% de acordo com o Índice de Kessner (MOMPLAISIR, et al.  
19 215).Em estudo realizado com 561 grávidas soropositivas em Moçambique demonstraram que as  
20 gestantes iniciam o acompanhamento pré-natal em média nas 20 semanas de gestação, sendo que  
21 66,7% delas o fizeram no segundo trimestre de gravidez (GONZALEZ, et al. 2017). Em estudo  
22 realizado no continente africano, a média da idade gestacional para o início do PN foi de 28  
23 semanas e o número médio de consultas realizadas foi de três (AN et al., 2017).

24 Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), na América Latina a atenção pré-  
25 natal é realizada em 97% das gestantes, promovendo, no mínimo 01 atendimento, em 88% as  
26 gestantes são atendidas em duas ou mais consultas de pré-natal e em 92% dos casos os partos são  
27 realizados em ambiente hospitalar (OPAS, 2017). (UNAIDS, 2016).

28 No Brasil, os estudos apontam para um início cada vez mais precoce e uma maior adequação  
29 no número de consultas no grupo de gestantes HIV+. Em um estudo multicêntrico realizado com  
30 23.894 gestantes, 87% das mulheres iniciaram o pré-natal em até 12 semanas de gravidez e em  
31 71,6% o número de consultas foi igual ou superior a seis (DOMINGUES , et al. 2015). Em  
32 contrapartida, Hoffman e cols. (2016), descrevem um cenário de apenas 13,6% de atendimentos  
33 ainda no primeiro trimestre gestacional (HOFFMAN, et al. 2016).

34 Estudo conduzido com 262 gestantes no extremo sul do Brasil, mostrou a associação entre  
35 início tardio do pré-natal e a realização de cinco consultas ou menos com o desfecho desfavorável

1 da gestação. Nesse estudo essas variáveis estavam associadas ao um maior risco de nascimento pré-  
2 termo e maiores índices de TMI (BARRAL, et al., 2014).

3 Assim como o diagnóstico precoce e o cuidado pré-natal estão estabelecidos nas estratégias  
4 de prevenção da TMI, a escolha da via de parto é um dos aspectos mais discutidos na literatura. A  
5 preconização de um parto seguro atravessa a questão dos custos em saúde, da possibilidade de  
6 atenção ao pré-natal e de cuidados e profilaxia da mãe e de tratamento do recém-nascido. A escolha  
7 da via de parto consiste na etapa final das ações de prevenção durante o pré-natal. No Brasil, a  
8 cesariana é recomendada, preferencialmente, às parturientes vivendo com HIV. Um estudo efetuado  
9 na cidade de Fortaleza revelou a alta prevalência de cesárea (92,8%) comparada ao parto vaginal.  
10 Ainda, os pesquisadores identificaram que este procedimento favoreceu o cumprimento das demais  
11 recomendações propostas pelo MS do Brasil, como, por exemplo, a administração de  
12 antirretrovirais intraparto (DAMASCENO, et al. 2013). Entretanto, em um estudo multicêntrico  
13 realizado na Europa, houve uma inversão dos números da escolha da via de parto, aumentando de  
14 17% para 52% a via de parto vaginal, não acarretando em aumento de casos de transmissão vertical  
15 do HIV, sinalizando, inclusive, uma possibilidade às parturientes, em especial àquelas que estejam  
16 sob uso de TARV, com a sua carga viral indetectável e bem acompanhada durante o período pré-  
17 natal. (AEBI POPP, et al. 2013)

#### 18 19 **2.4. Mulheres que se descobrem portadoras do HIV na gestação: emoções** 20 **sentimentos e o sofrimento psíquico**

21  
22 A gestação se constitui de um momento singular na vida das mulheres, onde diversos  
23 constructos, situações e emoções se interlaçam dentro de um relativo curto período de tempo. As  
24 vivências do período gestacional, que embora sejam únicas, são permeadas por crenças oriundas de  
25 um ideário socialmente construído (IVANOVA et al, 2012). Tal situação as coloca em um papel de  
26 preocupação no cuidado de seu conceito, sob pena de uma culpabilização que é moral, social e  
27 emocional.

28 O processo de adesão às políticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS contempla não apenas o  
29 suporte clínico às gestantes, bem como o estabelecimento de atendimento integral para o amparo e  
30 redução do estigma da doença, sentimento de culpa, sofrimento psíquico e moral das gestantes. A  
31 presença de um fator de risco à vida destas gestantes está relacionada com o desenvolvimento de  
32 ansiedade e com a baixa autoestima (IVANOVA et al, 2012; SCHWARTZ et al, 2012).

33 O fato da heterossexualização da epidemia, em especial com relação às mulheres, deve-se ao  
34 fato da dificuldade das primeiras à negociação da prática sexual segura, com o uso de preservativos,  
35 a vulnerabilidade causada pelas diferenças culturais e de gênero, além da associação entre sexo e

1 reprodução. Neste último caso, a substituição do uso do preservativo, artefato que as protege contra  
2 as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) pelo uso do contraceptivo expõe tais mulheres à  
3 infecção pelo HIV (UNAIDS, 2016b). O desconhecimento do estado sorológico de mulheres  
4 heterossexuais perpassa a sua própria condição de companheiras e da confiança no seu parceiro  
5 (SCHWARTZ et al, 2012).

6 O preconceito e a discriminação sentida por estas mulheres é um fato consumado tendo em  
7 vista a construção de pré-conceitos inerentes ao estigma social da presença do HIV na sociedade  
8 como um todo. As campanhas são insuficientes e ou ineficazes, os métodos preventivos são  
9 escassos e o acompanhamento de conscientização é falho, o conjunto destes fatores faz com que  
10 muitos sujeitos se desestabilizem emocionalmente e, por conseguinte sofram os mais variados  
11 transtornos psíquico-mentais já conhecidos e apresentados pela literatura (DYER et al, 2012).

12  
13 Em um segundo momento, a mulher ao se descobrir soropositiva, transpassa uma etapa de  
14 desconforto, apatia, medos dos mais diversos e, por vezes, a submissão ao comportamento do  
15 parceiro, demonstrando claramente uma dependência inicial à situação. Vale ressaltar que o  
16 conhecimento de tal soropositividade pode ocorrer inclusive às vésperas de um diagnóstico de  
17 gestação associada, tendo em vista que o momento do pré-natal coincide com a testagem  
18 compulsória ao HIV, especialmente na rede pública de saúde (WAGNER; BOSI, 2013).

19 Diversos estudos apontam para uma relação importante entre a ocorrência de sofrimento  
20 emocional e psíquico e a relação com a presença do HIV na vida das mulheres, em especial relação  
21 com o tempo de diagnóstico. Neste sentido, a depressão tem sido descrita como a principal  
22 consequência deste resultado, além de outros sintomas, como: a ansiedade, as alterações de humor,  
23 as desordens psicóticas, a demência, a reação de ajustamento, a somatização, a insônia e a fadiga  
24 (CASTILHO et al, 2015; ALJASSEM et al et al, 2014; CHEN et al, 2013; JEAN-LOUIS et al,  
25 2012).

26 Um dos fatores que causam o sofrimento emocional e a desrealização pessoal em mulheres  
27 soropositivas está associado à culpa e ao peso da revelação do diagnóstico de sua soropositividade.  
28 Entre os motivos citados para a não revelação, enumera-se a rejeição, o estigma e o medo de  
29 violência física e psicológica dos parceiros e dos familiares (MADIBA et al, 2013; MALAJU et al,  
30 2013; KOTZÉ et al, 2013). O receio das gestantes de revelarem serem HIV positiva para a família  
31 também afeta a alimentação dos neonatos, já que muitas mulheres preferem oferecer para seus  
32 filhos uma alimentação mista a ter que contar para os familiares por que não estão amamentando  
33 (MADIBA et al, 2013).

34 Todos esses medos e receios provocam uma diminuição da autoestima e inclusive com uma  
35 auto percepção distorcida, sentimento de desvalia, inutilidade e até mesmo potencial ideação

1 suicida. Assim, pode-se conjecturar que a autoestima das gestantes HIV positivas está relacionada à  
2 depressão.

3 No entanto, observa-se que as mulheres que revelaram o seu status sorológico e obtiveram  
4 apoio dos seus familiares e parceiros sentiam-se mais satisfeitas com elas mesmas (KAAYA et al,  
5 2013), provocando aumentos no enfrentamento ativo e, conseqüentemente, uma diminuição do  
6 enfrentamento de esQUIVA frente a essa infecção (KOTZÉ et al, 2013).

7

## 8 **2.5. Mulheres com HIV e o desejo de gestar**

9

10 A presença do HIV no universo feminino é um fator condicionante em suas vidas tendo em  
11 vista as repercussões que ocasiona na saúde geral, reprodutiva e mental destas mulheres (SILVA;  
12 SZAPINO,2015).

13 Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres se tornam alvo fácil da pressão social de  
14 uma lógica machista e centrada no compromisso ético e moral da maternidade. No contexto do HIV,  
15 o direito da escolha de uma mulher em ser mãe, ainda tende a enfrentar as opiniões controversas de  
16 profissionais de saúde, por exemplo, muito embora o desejo de ser mãe apresenta-se como algo  
17 maior e mais consolidado na vida destas mulheres, em detrimento da presença do vírus em suas  
18 vidas (CORDOVA, et al. 2013).

19 O exercício da maternidade no contexto da presença do HIV/Aids é algo a ser construído  
20 junto à atenção à gestante soropositiva. Buscar o acompanhamento seguro desta clientela, mesmo  
21 antes da ocorrência de uma gestação, seja ela planejada ou não, é para além de garantir um direito  
22 de escolha desta mulher, consiste na necessidade de se trabalhar a prevenção, o estado de saúde e a  
23 profilaxia de prevenção à TMI do HIV. O julgamento de valor acerca do desejo de gestar deve ser  
24 superado pela possibilidade de se promover saúde física ao bebê e à mãe além da manutenção da  
25 saúde mental desta gestante. O planejamento familiar passa a ser uma estratégia de intervenção, ao  
26 mesmo tempo em que se constitui em uma possibilidade de combate à transmissão vertical  
27 (BRASIL, 2008).

28

29

30

31

32

33

34

### 3. Justificativa

Ao longo dos anos, estudos sobre o perfil sócio demográfico das mulheres gestantes que vivem com o HIV, do seu desfecho gestacional e dos mecanismos da transmissão vertical são importantes para investigar a tendência temporal dos fatores condizentes ao estado de saúde da gestante, tornam-se fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de intervenções futuras (ROSA, et al., 2015; BARRAL, et al. 2014; TORNATORE, et al. 2010; MARTINEZ, et al. 2006).

Tal perfil, associado aos aspectos emocionais e de saúde da gestante soropositiva para o HIV, são indicadores importantes para o planejamento de ações de prevenção, atenção e intervenção em saúde e ultrapassam os aspectos usuais de uma atenção ao pré-natal usual das redes de saúde (DYER et al, 2012).

Neste sentido, existe a necessidade de se avaliar a tendência temporal dos dados sociodemográficos e de saúde das gestantes soropositivas para o HIV, bem como buscar compreender como se procedem as elaborações dos sentimentos, e as representações sociais acerca do viver com o HIV, propõe-se este trabalho.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo geral**

Realizar uma análise temporal do perfil sociodemográfico e dos fatores relacionados às gestantes soropositivas para o HIV, no período de 2003-2014, e buscar através dos relatos destas mulheres como se dá a convivência com a presença do vírus HIV durante a gestação em um centro regional de referência para HIV/AIDS, em Rio Grande-RS.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Descrever o perfil epidemiológico de gestantes soropositivas, ao longo do período de 2003-2014, em um centro regional de referência em Rio Grande-RS;
- Realizar uma análise de tendência temporal das características demográficas e da gestação e seu desfecho das mulheres gestantes com o HIV/Aids no período de 2003-2014, em um centro regional de referência em Rio Grande-RS;
- Investigar qual o olhar que estas gestantes possuem acerca de sua gestação, a partir dos seus sentimentos, sensações e percepções sobre conviver com o HIV/Aids.

## 5. Hipóteses

• Acredita-se que a taxa de gestantes portadoras do HIV no município seja a mesma do estado em torno de 10 casos/1000 nascimentos

• Espera-se que as gestantes estudadas tenham idade entre 20 e 30 anos, que a escolaridade tenha aumentado ao longo dos triênios e que o número de gestações e partos tenha diminuído. Acreditamos que a cobertura ao pré-natal tenha atingido a taxa municipal que é de 97% e que o início precoce e o número de consultas tenham aumentado ao longo dos triênios. O diagnóstico prévio à gestação e o uso de TARV, melhorou ao longo dos anos. Dessa forma a via de parto vaginal deve ser a mais prevalente em associação a queda das taxas de TMI.

• Espera-se encontrar algum grau de sofrimento emocional nas falas das gestantes como uma resposta à imposição de regramentos, limitações, controles e o estigma para a manutenção da supressão da carga viral, adesão à TARV e do convívio social, inseridos, inclusive no período pré-parto.

## **6. Metodologia**

### **6.1. Tipo de estudo**

Este estudo possui caráter quanti-qualitativo, originado a partir de um estudo epidemiológico transversal de série temporal e associado a um estudo qualitativo com entrevistas abertas e em profundidade com uma parcela da população pesquisada.

Para o estudo transversal retrospectivo, foram utilizadas as informações da base de dados das gestantes soropositivas para o HIV atendidas no pré-natal ou no parto no único serviço de referência para HIV/AIDS do município, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande, RS (HU-FURG), durante o período de 2003 a 2014. Tal base de dados constitui-se de variáveis sócio demográficas, da gestação, do atendimento pré-natal, bêbedo desfecho gestacional, bem como do seu status sorológico e imunológico.

Após a construção das análises epidemiológicas, relacionadas às gestantes soropositivas ao HIV/Aids, foi realizado um aprofundamento metodológico qualitativo, a partir de entrevistas semiestruturadas. Tais entrevistas abertas foram gravadas em meio digital e transcritas manualmente por dois avaliadores independentes.

### **6.2. Local de estudo**

Este estudo foi realizado no município do Rio Grande, localizado na planície costeira sul do Estado do Rio Grande do Sul, o qual em 2010 apresentava uma população de 197.228 habitantes, sendo que 32.384 habitantes têm idade entre 10 e 19 anos, destes, 16.054 são do sexo feminino. O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0,746. Sendo o 4º maior Produto Interno Bruto do estado (IBGE, 2015).

A pesquisa foi realizada no período de 2003 a 2014, junto às bases de dados e de entrevistas às gestantes do único serviço de Referência em Infectologia Obstétrica do município de Rio Grande-RS, o qual funciona no HU-FURG.

### **6.3. População de estudo**

Desde 1998, todas as gestantes soropositivas para o HIV, são acompanhadas pelo Serviço de Referência em Atenção ao HIV-Aids, localizado junto ao Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU-FURG) em Rio Grande-RS. As pacientes atendidas pelo setor realizam testagens de detecção, confirmação de estado sorológico, contagem de células CD4+ e genotipagem além de receberem tratamento farmacológico e acompanhamento especializado

1 durante o pré-natal, parto e puerpério. Tal serviço, vinculado ao Programa DST-Aids do  
2 Ministério da Saúde, constitui-se o único serviço ambulatorial e serve de referência para o  
3 acompanhamento pré-natal para toda a rede de saúde do município de Rio Grande, além de ser  
4 referência para os demais municípios da região.

### 6.3.1. Critérios de inclusão e de exclusão

5  
6  
7  
8 No estudo transversal retrospectivo foi incluída toda a gestante que realizou pelo menos  
9 uma consulta de pré-natal no HU-FURG ou que teve parto nesse mesmo serviço com recém-  
10 nascido pesando mais de 500g e idade gestacional maior ou igual há 22 semanas. Para o estudo  
11 qualitativo em profundidade, foram incluídas 20 gestantes em acompanhamento pré-natal no  
12 HU-FURG em 2013-14 que estavam no primeiro trimestre de gestação e concordassem em  
13 participar do estudo.

## 6.4. Coleta de dados

### 6.4.1. Dados quantitativos

14  
15  
16  
17  
18 Para o estudo transversal retrospectivo, foi realizada a revisão de prontuários de todas as  
19 gestantes cadastrados no Ambulatório de Infectologia Obstétrica do HU-FURG entre 2003 e  
20 2014. Em um primeiro momento buscou-se o registro de agendamento das consultas realizadas  
21 no serviço e do registro de partos de gestantes portadoras do HIV, junto ao Centro Obstétrico  
22 do HU-FURG.

23 A partir da coleta dos dados epidemiológicos, realizada através de busca documental em  
24 prontuário médico, foi seguido o preenchimento de questionário, padronizado e pré-codificado  
25 (Anexos 01 e 02) contendo os seguintes dados: idade, escolaridade, antecedentes obstétricos,  
26 perfil imunológico da gestante, assistência pré-natal e desfecho gestacional. Ao final da coleta  
27 dos dados, estes foram codificados e inseridos em banco de dados no programa Excel®  
28 (Microsoft). Tais dados vêm sendo coletados e armazenados em um banco de dados desde o  
29 ano de 2003 até o momento atual e sendo parcialmente estudadas, fazendo parte de publicações  
30 do grupo de pesquisa HIV/AIDS em Rio Grande-RS.

### 6.4.2. Dados qualitativos

31  
32  
33  
34 Com relação ao estudo de aprofundamento metodológico de cunho qualitativo, foram  
35 realizadas entrevistas individuais para a aplicação de instrumentos semiestruturados,

1 padronizados pelo Núcleo de Infância e Família (NUDIF) da Universidade Federal do Rio  
2 Grande do Sul (UFRGS) (Anexo 03). Tais instrumentos baseiam-se na investigação da relação  
3 entre a gestação, os aspectos sociais, emocionais, vinculares e de expectativas futuras da  
4 gestante e seu conceito no contexto da infecção pelo HIV.

5 Para o estudo dos discursos das mulheres gestantes soropositivas para o HIV foram  
6 utilizadas questões abertas dos seguintes temas: gestação, do bebê, a presença do pai e da  
7 família e as expectativas futuras. As falas das gestantes entrevistadas foram analisadas  
8 qualitativamente, através dos discursos proferidos durante a entrevista em profundidade e  
9 categorizados de acordo com a(s) principal (ais) estratégia(s) descrita(s). As entrevistas foram  
10 realizadas e as gestantes recrutadas até o preenchimento dos critérios de saturação dos dados  
11 (FONTANELLA et al., 2011).

## 12 **6.5. Aspectos éticos**

13  
14  
15 As gestantes, ao serem atendidas pelo serviço de referência, assinaram um Termo de  
16 consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa. Este estudo já se encontra  
17 aprovado junto ao Comitê de Ética em pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG  
18 (protocolo nº 23116001368/2003-44). Para o aprofundamento metodológico qualitativo, as  
19 gestantes foram convidadas a participarem do estudo e somente após aceitação, assinaram o  
20 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 01). Este estudo se encontra aprovado  
21 junto ao Comitê de Ética em pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG (protocolo nº  
22 23116002047/2013-39) (Anexo 07). Durante as entrevistas, foi solicitada a anuência e  
23 permissão das pacientes para que informações presentes em seu prontuário pudessem ser  
24 consultadas exclusivamente de acordo com a necessidade da coleta de dados da pesquisa.

## 25 **6.6. Análise dos dados**

### 26 **6.6.1. Dados quantitativos**

27  
28  
29 A análise dos dados quantitativos foi realizada no programa SPSS® versão 20.0.  
30 Primeiro foi realizada a categorização das variáveis independentes, seguidas pela descrição da  
31 amostra e do cálculo das suas médias e desvio padrão. Para a análise temporal as pacientes  
32 foram divididas em triênios pelo ano do parto, sendo calculadas as prevalências de cada  
33 variável estudada no seu respectivo triênio. Por fim, a comparação entre as prevalências foi  
34 feita pelo teste de qui-quadrado, sendo considerado significativo quando o p-valor é <0,05.

1 Conforme os dados da literatura, a prevalência de gestantes portadoras do HIV no Brasil  
2 é em torno de 2% (BRASIL, 2015). Assim, em uma população de 384 gestantes portadoras do  
3 HIV, com razão de não-expostos/expostos de 8:1, risco relativo de 2,0 e nível de confiança de  
4 90%, o poder da amostra é de 70%.

5 No quadro 01, são descritas as variáveis independentes pesquisadas no estudo  
6 quantitativo, e utilizadas para o desfecho gestante soropositiva.  
7

Variáveis	Mensuração	Descrição	Tipo
Idade	registro da paciente	anos completos	numérica discreta
Escolaridade	registro da paciente	anos completos	categórica nominal
Gestações	registro da paciente	número de gestações	numérica discreta
Partos	registro da paciente	número de partos	numérica discreta
Pré-natal	registro da paciente	não/sim	dicotômica
Início do Pré-natal	registro da paciente	idade gestacional	numérica discreta
Número de consultas	registro da paciente	número de consultas	numérica discreta
Local do pré-natal	registro da paciente	HU-FURG/outros	dicotômica
Momento do diagnóstico	registro da paciente	na gestação/no parto/prévio	categórica nominal
Início da profilaxia	registro da paciente	idade gestacional	numérica discreta
Tipo de parto	registro da paciente	cirúrgico/vaginal	dicotômica
Local de parto	registro da paciente	HU-FURG/outros	dicotômica
Carga viral	registro da paciente	número de cópias	numérica discreta
CD4+ da Mãe	registro da paciente	número de células/dl de sangue	numérica discreta
AZT Xarope	registro da paciente	sim/não	dicotômica
TMI do HIV	registro da paciente	sim/não	dicotômica

8  
9 **Quadro 01** – Variáveis independentes do estudo 2003-2014.

10  
11 **6.6.1. Dados qualitativos**

12  
13 As entrevistas das 20 gestantes foram gravadas em meio digital e transcritas em sua  
14 íntegra. A verificação da qualidade e a corroboração dos dados coletados entre ambos os meios  
15 de registros de informações, foram realizadas por dois juízes independentes. Após, as respostas

1 foram classificadas em categorias e subcategorias de análise temática de acordo com a Análise  
2 de Conteúdo (BARDIN, 2009).

3 Em um primeiro momento, realizou-se a leitura flutuante e a construção de unidades de  
4 registro, onde constou o significado expresso nas respostas das mulheres entrevistadas. Em um  
5 segundo momento, as unidades de significado foram categorizadas, de acordo com a sua  
6 semelhança e diferenciações, tendo sido realizado um reagrupamento final após tais análises.  
7 Dentro do corpus constituído para este estudo, foram selecionadas para a análise as respostas  
8 oriundas de questionamentos sobre os sentimentos da gestante no momento que descobriu estar  
9 grávida, sobre as preocupações acerca deste processo e de como se sentia estando grávida,  
10 sendo soropositiva para o HIV. Durante a construção e manipulação do corpus de estudo,  
11 buscou-se estabelecer conexões entre tais achados e os referenciais bibliográficos relacionados.  
12

1

**7. Recursos necessários**

2

<b>Material Permanente</b>	<b>Custos</b>
Microcomputador desktop	R\$ 3.000,00
<b>Subtotal</b>	R\$ 3.000,00
<b>Material de Consumo</b>	
Gravadores de voz	R\$ 500,00
Planilhas em PVC	R\$ 100,00
Papel Ofício A4	R\$ 500,00
Canetas esferográficas e demais materiais	R\$ 100,00
Custos de impressão	R\$ 1.000,00
<b>Subtotal</b>	R\$ 2.200,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 5.200,00</b>

3

4

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33

## 8. Cronograma

Atividades	2013		2014		2015		2016		2017
	1º sem.	2º sem.	1º sem.						
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do projeto	X								
Coleta de dados		X	X	X	X				
Análise de dados					X	X	X		
Qualificação								X	
Confecção/submissão de artigos							X	X	
Defesa da Tese									X

## 9. Financiamento

O presente estudo foi financiado pelo autor.

## 10. Referências Bibliográficas

ACOSTA, Lisiane M.W. et al. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Rev. Panam. Salud Publica**, 40(6):435-442, 2016.

AEBI POPP, K. et al. Missed opportunities among HIV-positive women to control viral replication during pregnancy and to have a vaginal delivery. **J Acquir Immune Defic Syndr** . 64(1):58-65 , 2013.

ALJASSEM, Kinda et al. Gender differences in severity and correlates of depression symptoms in people living with HIV in Ontario, Canada. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)**, p. 2325957414536228, 2014.

AN, Selena J. et al. Program synergies and social relation: implications of integrating HIV testing counselling into maternal health care on care seeking. **BMC Public Health**, 15:24, 2015.

AUDET, Carolyn M. et al. Engagement of men in antenatal care services: Increased HIV testing and treatment uptake in a community participatory action program in Mozambique. **AIDS Behav**, v.20, n.9, p.2090-2100, 2016.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARRAL, Maria FM et al. Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 56, n. 2, p. 133-138, 2014.

BARRÉ-SINOUSI, F. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Science**, 20:220 (4599); 868-71, 1983.

BRASIL, Boletim epidemiológico DST/AIDS 2016 – Ministério da saúde, 2016.

CASTILHO, Jessica L. et al. Hormonal Contraception and Risk of Psychiatric and Other Noncommunicable Diseases in HIV-Infected Women. **Journal of Women's Health**, v. 24, n. 6, p. 481-488, 2015.

- 1 CHEN, Wei-Ti et al. Fatigue and sleep disturbance in HIV-positive women: A qualitative and  
2 biomedical approach. **Journal of clinical nursing**, v. 22, n. 9-10, p. 1262-1269, 2013.
- 3
- 4 CORDOVA, FP; LUZ AMH; INNOCENTE AP, SILVA EF. Mulheres soropositivas para o HIV e  
5 seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev Bras Enferm.** 2013; 66(1):97-102.
- 6
- 7 COSTA, Zelma B. et al. Estimated Incidence and Genotypes of HIV-1 among Pregnant Women in  
8 Central Brazil. **PloS one**, v. 8, n. 11, e79189, 2013.
- 9
- 10 DAMASCENO, K.A A et al. Medical care provided to pregnant women with HIV/AIDS in  
11 Fortaleza, Ceará, Brazil. **Salud Colect.** 2013; 9 (3): 363-71.
- 12
- 13 DOMINGUES, Rosa M.S.M et al. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during  
14 pregnancy: data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. **BMC Infectious**  
15 **Diseases**, 15:100, 2015.
- 16
- 17 DYER, T. et al. Predicting Depression in Mothers With and Without HIV: The Role of Social  
18 Support and Family Dynamics. **AIDS Behav.** 16:2198–2208. 2012.
- 19
- 20 FONTANELLA, Bruno et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos  
21 para constatar a saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27(2) p.389-394, 2011.
- 22
- 23
- 24 GALLO, R.C. et al. Isolation of human T-cell Leukemia virus in acquired immune deficiency  
25 syndrome (AIDS). **Science**, 20:220 (4599); 865-71, 1983.
- 26
- 27 GONZÁLEZ, Raquel et al. Effects of HIV infection on maternal and neonatal health in southern  
28 Mozambique: A prospective cohort study after a decade of antiretroviral drugs roll out. **PloS one**, v.  
29 12, n. 6, e0178134, 2017.
- 30
- 31 GUANABARA Mao, Araújo MAL, Barros VL, Gondim APS, Pinheiro PMR, Oliveira FA.  
32 Pregnant women with HIV/Aids followed in public services. **Rev Enferm UFPI.** 2014; 3(2):25-32.
- 33
- 34 GUNN, Jayleen KL et al. Antenatal care uptake of HIV testing among pregnant women in sub-  
35 Saharan Africa: a cross-sectional study. **Journal of the International AIDS Society**, 19:20605,  
36 2016.

1  
2 HOFFMANN, Izabel C. et al. A five-year review of vertical HIV transmission in a specialized  
3 service: cross-sectional study. **Medical Journal**, v.134, n.6, p. 508-512, 2016.  
4  
5 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2015. Rio de Janeiro:  
6 IBGE, 2015.  
7  
8 ISHIKAWA, Naoko et al. Should HIV testing for all pregnant women continue? Cost-effectiveness  
9 of universal antenatal testing compared to focused approaches across high to very low HIV  
10 prevalence settings. **Journal of the International AIDS Society**, 19:21212, 2016.  
11  
12 IVANOVA, E.L. et al. Correlates of Anxiety in Women Living with HIV of Reproductive Age.  
13 **AIDS Behav.** 16:2181–2191. 2012.  
14  
15 JEAN-LOUIS, Girardin et al. Insomnia symptoms and HIV infection among participants in the  
16 Women's Interagency HIV Study. **Sleep**, v. 35, n. 1, p. 131-137, 2012  
17  
18 KAAYA, Sylvia F. et al. Randomized controlled trial evaluating the effect of an interactive group  
19 counseling intervention for HIV-positive women on prenatal depression and disclosure of HIV  
20 status. **AIDS care**, v. 25, n. 7, p. 854-862, 2013.  
21  
22 KENDALL, Tamil. Consequences of Missed Opportunities for HIV Testing during Pregnancy and  
23 Delayed Diagnosis for Mexican Women, Children and Male Partners. A. **PloS one**, v. 9, n. 11, p.  
24 e109912, 2014.  
25  
26 KOTZÉ, Marinda et al. Psychosocial factors associated with coping among women recently  
27 diagnosed HIV-positive during pregnancy. **AIDS and behavior**, v. 17, n. 2, p. 498, 2013.  
28  
29 LIMA R, ALMEIDA C, VIEIRA L. A pessoa medicada e o HIV/AIDS: subjetividade, adesão ao  
30 tratamento e biopolíticas. **Rev Subj.** 2015; 15(3):375-88.  
31  
32 MADIBA, Sphiwe; LETSOALO, Rosemary. HIV disclosure to partners and family among women  
33 enrolled in prevention of mother to child transmission of HIV program: implications for infant  
34 feeding in poor resourced communities in South Africa. **Global journal of health science**, v. 5, n.  
35 4, p. 1, 2013.

1  
2 MALAJU, Marelign Tilahun; ALENE, Getu Degu. Women's expectation of partner's violence on  
3 HIV disclosure for prevention of mother to child transmission of HIV in North West Ethiopia. **BMC**  
4 **research notes**, v. 6, n. 1, p. 1, 2013.  
5  
6 MARTÍNEZ, A.M.; DA HORA, V.P.; SANTOS, A.L.; MENDOZA-SASSI, R.; VON GROLL, A.;  
7 SOARES, E.A.; et al. Determinants of HIV-1 mother-to-child trans-mission in Southern Brazil. An  
8 **Acad Bras Cienc**. 2006;78:113---21.13.  
9  
10 MENESES, L.S.H. et al. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em  
11 maternidade pública de referência. **Rev. Para. Med.** [online]; 27(2) 2013.  
12  
13  
14 MONPLAISIR, Florence M. et al. Time of HIV Diagnosis and Engagement in Prenatal Care Impact  
15 Virologic Outcomes of Pregnant Women with HIV. **PloS one**, v. 10, n. 7, e0132262, 2015.  
16  
17 NDGE, Samson et al. HIV Prevalence and Antenatal Care Attendance among Pregnant Women in a  
18 Large Home-Based HIV Counseling and Testing Program in Western Kenya. **PloS one**, v. 11, n. 1,  
19 p. e0144618, 2016.  
20  
21 OPAS. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update  
22 2016. Washington DC. **PAHO**, 2017.  
23  
24 PEREIRA, Gerson Fernando Mendes et al. Transitioning from antenatal surveillance surveys to  
25 routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for  
26 HIV surveillance in Brazil. **BMC Infection Diseases**, v.17:469, 2017.  
27  
28 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS update 2016,  
29 2016.  
30  
31 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention gap report 2016  
32  
33 REIS, H. L. B. et al. Clinical and epidemiological profile and reproductive outcome in HIV-infected  
34 pregnant women assisted at a University Hospital Maternity on Vitoria, Brazil. **DST. Jour. Bras.**  
35 **Doen. Sex. Trans.** 27(1-2): 09-15, 2015.  
36

1 ROSA, M.C. et al. Evaluation of factors associated with vertical HIV-1 transmission. **Jorn. de Ped.**  
2 91(6): 523-528, 2015.  
3  
4 SCHWARTZ, S.R. et al. High Pregnancy Intentions and Missed Opportunities for Patient–  
5 Provider Communication About Fertility in a South African Cohort of HIV-Positive Women on  
6 Antiretroviral Therapy. **AIDS Behav** .16:69–78. 2012  
7  
8 SILVA, Tamara Q. C.; Szapiro, Ana M. Mulheres Heterossexuais em Relacionamento Estável:  
9 Limites do Aconselhamento em DST/HIV/AIDS. **Revista Subjetividades**, 15(3): 350-361, 2015.  
10  
11 TENTHANI, Lyson et al. HIV testing among pregnant women who attend antenatal care in Malawi.  
12 **J Acquir Imune Defic Syndr**, v. 69, p. 5, 2015.  
13  
14 TOOKEY, Pat A et al. Maternal and foetal outcomes among 4118 women with HIV infection treated  
15 with lopinavir/ritonavir during pregnancy: analysis of population-based surveillance data from the  
16 national study of HIV in pregnancy and childhood in the United Kingdom and Ireland. **BMC**  
17 **Infectious Diseases**, 16:65, 2016.  
18  
19 TORNATORE, M. , et al.HIV-1 vertical transmission in Rio Grande, Southern Brazil. **Inter. Jour.**  
20 **of STD and AIDS**. 21: 351-355, 2010.  
21  
22 XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciê.n. Saúde**  
23 **Coletiva**. 18(4): 1161-71. 2013.  
24  
25 ZAPATA, Daniel Aguilar et al. Sociodemographic differences among HIV-positive and HIV-  
26 negative recently pregnant women in Mexico City. **Medicine**, 96:27 e7305, 2017.  
27  
28 WAGNER TMC, BOSI DR. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico. **Contextos**  
29 **Clínicos**. 2013; 6(2):164-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.62.09>.  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36

1 **11. ARTIGO 01 (a ser enviado á Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia)**

2  
3



4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33

1 **O perfil da gestante portadora do HIV: um estudo de série temporal (2003-2014) no extremo**  
2 **sul do Brasil**

3

4 Rubens Caurio Lobato

5 Ana Maria Barral de Martínez

6 Carla Vitola Gonçalves

7

8 **Resumo**

9

10 **Objetivo:** Este estudo busca estabelecer o perfil da gestante portadora do HIV no extremo sul do  
11 Brasil, a partir de uma série de análise temporal em um centro de referência para o atendimento  
12 desta população.

13 **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo de base populacional em uma série de análise temporal  
14 (2003-2014) estratificada em triênios.

15 **Resultados:** De 2003 a 2014 ocorreram 395 partos, uma taxa de 12,4 casos de gestante portadora de  
16 HIV/1000 nascimentos. A média de idade das gestantes foi de 26,4 anos (DP±6,1), 44,8% das  
17 mulheres possuía de 4 a 7 anos de estudo, houve redução significativa no número de gestações (3,07  
18 para 2,04 (P<0,05) e de partos (2,35 para 1,71 P=0,051), a realização de, pelo menos, uma consulta  
19 de pré-natal passou de 84,9% entre 2003 a 2005 para 92,3% em 2012 a 2014 e a média de consultas  
20 passou de 4,4 para 6 respectivamente. Nos triênios analisados o diagnóstico prévio do HIV na  
21 gestação passou de 42,5% a 85,7% (P<0,05), início do tratamento passou de 5,7 semanas de  
22 gestação para 2,44 semanas (P<0,05), e a duração em até 14 semanas em 94,4% dos casos, no  
23 último triênio (P≤0,05). O tipo de parto cirúrgico foi a principal via de nascimento (P≤0,05), o  
24 CD4+ das gestantes aumentou o valor médio de 578,97cél./dl. para 704,36 cél./dl. O uso de AZT  
25 xarope foi à medida profilática de escolha (P≤0,05) entre os triênios estudados, já a transmissão  
26 vertical do HIV, foi de 7,1% em 2012-2014.

27 **Conclusão:** O perfil das gestantes soropositivas tem apresentando uma tendência linear de  
28 modificação das características desta população ao longo do tempo e perpassa a possibilidade do  
29 enfrentamento ao HIV, de melhorar a adesão à TARV, ao diagnóstico cada vez mais precoce e à  
30 possibilidade de uma atenção integrada durante o período gestacional da mulher soropositiva.

31

32 **Palavras-chave:** Vírus da Imunodeficiência Humana, Gravidez, Epidemiologia,  
33 **Características da população.**

34

35

1 **Abstract**

2

3 **Objective:** This study aims to establish the profile of HIV positive pregnant women in a reference  
4 center for HIV/AIDS in Southern Brazil, based on a series of temporal analysis.

5 **Methods:** Retrospective cross-sectional population-based study in a time series (2003-2014)  
6 stratified in three-year periods.

7 **Results:** From 2003 to 2014 there were 395 births, a rate of 12.4 cases of pregnant women with  
8 HIV / 1000 births. The mean age was 26.4 years (SD  $\pm$  6.1), 44.8% of the women attended school  
9 by 4 to 7 years, there was a significant reduction in the number of pregnancies (3.07 to 2.04 (P  
10  $<0.05$ ) and delivery (2.35 to 1.71 P = 0.051), at least one prenatal visit increased from 84.9%  
11 between 2003 and 2005 to 92.3 In the three-year period analyzed, the previous diagnosis of HIV  
12 during pregnancy increased from 42.5% to 85.7% (P  $<0.05$ ), beginning of the (P  $<0.05$ ) and  
13 duration of up to 14 weeks in 94.4% of the cases in the last triennium (P $\leq 0.05$ ). Caesarean delivery  
14 was the main route of birth (P $\leq 0.05$ ), the CD4 + of the pregnant women increased the mean value of  
15 578.97 cells / dl to 704.36 cells / dl. The use of AZT syrup was the measure (P $\leq 0.05$ ) among the  
16 three-year periods studied, while vertical HIV transmission was 7.1% in 2012- 2014.

17 **Conclusion:** The profile of seropositive pregnant women has a linear tendency to modify the  
18 characteristics of this population over time, and it is possible to face HIV, to improve adherence to  
19 ART, to an earlier diagnosis and to the possibility of paying attention during the gestational period  
20 of the HIV-positive woman.

21 **Keywords:** Human Immunodeficiency Virus, Pregnancy, Epidemiology, Characteristics of the  
22 **population.**

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

## 1 **Introdução**

2

3 Nos últimos anos, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS),  
4 aponta para um ganho substancial no combate ao aumento de casos novos de HIV/AIDS no mundo,  
5 principalmente devido às novas estratégias de prevenção da transmissão materno-infantil (TMI) e  
6 ao tratamento efetivo e precoce dos casos. Desde 2014, o número de indivíduos que vivem com o  
7 HIV e que se encontra em uso de terapia antirretroviral (TARV) aumentou em 30%, chegando a 17  
8 milhões de pessoas, 2 milhões a mais do que em 2015 <sup>1</sup>. Em 2015, a Organização Mundial da  
9 Saúde (OMS) recomendou que todas as mulheres grávidas fossem tratadas com oferta imediata e de  
10 longo prazo da terapia antirretroviral (TARV), independentemente da contagem de células CD4<sup>2</sup>.

11 No Brasil, de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes soropositivas para  
12 o HIV, sendo a maioria destas residentes na região Sudeste (39,8%), seguida pelas regiões Sul  
13 (30,8%), Nordeste (16,2%), Norte (7,4%) e Centro-Oeste (5,7%). O Rio Grande do Sul está entre os  
14 seis estados brasileiros que apresentaram taxa de detecção de HIV em gestantes superior a taxa  
15 nacional em 2015, sendo 10,1 casos/mil nascidos vivos, enquanto no Brasil a taxa foi de  
16 2,7casos/1000 nascimentos. Além disso, Porto Alegre é a capital do Brasil com a maior taxa de  
17 detecção de HIV em grávidas em 2015, com 22,9 casos/mil nascidos vivos, sendo 8,4 vezes maior  
18 que a taxa nacional e 2,3 vezes maior que a taxa do estado do Rio Grande do Sul <sup>3</sup>.

19 Quanto ao perfil das gestantes portadoras do HIV, desde 2000 a faixa etária predominante é  
20 entre 20 e 24 anos, com 28,6% dos casos. Observa-se que a maioria das gestantes infectadas com  
21 HIV possui da 5ª a 8ª série incompleta, representando 30,1% dos casos notificados em 2015. Há  
22 um predomínio da cor de pele parda, seguida da branca; representando 45,9% e 38,1% dos casos,  
23 respectivamente <sup>3</sup>.

24 Dados recentes apontam que gestantes soropositivas mais jovens, com melhor nível de  
25 escolarização, maior adesão ao pré-natal, uso de TARV e diagnóstico precoce, tem melhor  
26 prognóstico gestacional e prevenção da TMI <sup>4</sup>. Em contrapartida, outros estudos apontam para um  
27 aumento nas taxas de TMI, tendo em vista o consumo de drogas ilícitas por gestantes soropositivas  
28 para o HIV, fator este, importante de ser avaliado e ainda sem uma política de cuidado efetiva para  
29 tais situações <sup>5</sup>.

30 Este estudo busca estabelecer o perfil da gestante portadora do HIV no extremo sul do  
31 Brasil, a partir de uma série temporal em centro de referência para atendimento dessa população.

32

33

34

35

## 1 **Metodologia**

2

3 Este estudo transversal retrospectivo de base populacional em uma série de análise temporal  
4 realizado no município do Rio Grande, localizado na planície costeira sul do Estado do Rio Grande  
5 do Sul, o qual em 2010 apresentava uma população de 197.228 habitantes, sendo que 32.384  
6 habitantes têm idade entre 10 e 19 anos, destes, 16.054 são do sexo feminino. O município  
7 apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0,746. Sendo o 4º maior Produto Interno Bruto do  
8 estado <sup>6</sup>.

9 Desde 1998, todas as gestantes soropositivas para o HIV do município, são acompanhadas  
10 pelo Serviço de Referência em Atenção ao HIV/AIDS, localizado junto ao Hospital Universitário  
11 Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU-FURG) em Rio Grande-RS. As pacientes atendidas pelo setor  
12 realizam testagens de detecção, confirmação de estado sorológico, carga viral do HIV, contagem de  
13 células CD4+ e genotipagem além de receberem tratamento farmacológico e acompanhamento  
14 especializado durante o pré-natal, parto e puerpério. Tal serviço constitui-se a única referência para  
15 o acompanhamento pré-natal da rede de saúde do município de Rio Grande, além de ser referência  
16 para os municípios da região.

17 Para a realização do estudo foram utilizadas as informações da base de dados das gestantes  
18 soropositivas para o HIV/AIDS atendidas no HU-FURG, durante o período de 2003 a 2014. Tal  
19 base de dados constitui-se de variáveis sociodemográficas, do histórico gestacional, do pré-natal e  
20 do parto, bem como da condição clínica e do status sorológico e carga viral da gestante.

21 Foram incluídas todas as gestantes que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal no  
22 HU-FURG ou que tiveram o parto nesse mesmo serviço com recém-nascido pesando mais de 500 g  
23 idade gestacional maior ou igual há 22 semanas. A busca as gestantes foi realizada por revisão de  
24 prontuários de todas as gestantes cadastrados no Ambulatório de Infectologia Obstétrica do HU-  
25 FURG entre 2003 e 2014 e em seguida realizou-se a busca no centro obstétrico do registro de partos  
26 de gestantes portadoras do HIV.

27 A partir da coleta dos dados, realizada através de busca documental em prontuário médico,  
28 foi seguido o preenchimento de questionário, padronizado e pré-codificado contendo os seguintes  
29 dados: idade, escolaridade, antecedentes obstétricos, perfil imunológico da gestante, assistência pré-  
30 natal e desfecho gestacional. Ao final da coleta dos dados, estes foram codificados e inseridos em  
31 banco de dados no programa Excel® (Microsoft).

32 Tais dados vêm sendo coletados e armazenados em um banco de dados desde o ano de 2003  
33 até o momento atual, sendo parcialmente estudadas e servindo de base para publicações do grupo de  
34 pesquisa HIV/AIDS em Rio Grande-RS. Este estudo já se encontra aprovado junto ao Comitê de

1 Ética em pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG (protocolo nº 23116001368/2003-44 e nº  
2 23116002047/2013-39, parecer nº 053/2013).

3 A análise dos dados foi realizada no programa SPSS® versão 20.0. Primeiro foi realizada a  
4 categorização das variáveis independentes, seguidas pela descrição da amostra e do cálculo das suas  
5 médias e desvio padrão. Para a análise temporal as pacientes foram divididas em triênios pelo ano  
6 do parto, sendo calculadas as prevalências de cada variável estudada no seu respectivo triênio. A  
7 comparação entre as prevalências foi feita pelo teste de qui-quadrado e para a comparação das  
8 médias foi utilizado o cálculo de ANOVA balanceado, sendo considerado significativo quando o p-  
9 valor  $\leq 0,05$ . Conforme os dados da literatura, a prevalência de gestantes portadoras do HIV na  
10 região sul do Brasil é em torno de 2%<sup>7</sup>. Assim, em uma população de 384 gestantes portadoras do  
11 HIV, com razão de não expostos/expostos de 8:1, risco relativo de 2,0 e nível de confiança de 90%,  
12 o poder da amostra é de 70%.

13

## 14 **Resultados**

15

16 De 2003 a 2014 ocorreram 31.910 nascimentos no município do Rio Grande, sendo que 395  
17 em gestantes portadoras do HIV, o que gera uma taxa de 12,4 casos por 1000 nascimentos (Tabela  
18 1). Quanto ao perfil das gestantes estudadas, a média de idade foi de 26,4 anos (DP $\pm$ 6,1), não  
19 ocorrendo mudança significativa ao longo dos anos. Apesar das mudanças observadas na  
20 escolaridade, onde as gestantes com três anos ou menos de estudo passaram de 49,4% no primeiro  
21 triênio para 28,4% no último triênio não foi encontrada diferença estatística significante (Tabela 2).

22 Ainda na tabela 2, em relação ao histórico obstétrico pode ser observado o aumento no  
23 número de primigestas e a diminuição do número de múltiparas (p=0,003). Na comparação das  
24 médias do número de gestações, observa-se a tendência linear de diminuição das gestações ao longo  
25 dos anos, passando de 3,07 gestações/mulher no primeiro triênio para 2,04 nos anos de 2012-14  
26 (p=0,002). Essa queda também foi observada em relação à média do número de partos entre o  
27 primeiro triênio com 2,35 partos/paciente para o terceiro 1,67 partos/paciente (p= 0,015). Quanto ao  
28 pré-natal o terceiro triênio foi o que apresentou os melhores indicadores de qualidade. A cobertura  
29 de pré-natal passou de 84,9% no primeiro triênio para 96,4% no terceiro (p=0,029), o início do pré-  
30 natal também ocorreu em média até 12 semanas nesse triênio e a média do número de consultas de  
31 pré-natal foi de seis sendo significativamente maior que no primeiro triênio quando foram em média  
32 4 consultas (p $\leq$  0,001). Também se observa que, neste estudo, ao longo dos anos o diagnóstico  
33 prévio a gestação passou de 40,8% no primeiro triênio para 78,8% no último triênio (p $\leq$ 0,001).  
34 Dessa forma o início da medicação antirretroviral durante a gravidez passou de seis semanas de  
35 gestação, em média, nos três primeiros triênios, para duas semanas no último triênio (p=0,005).

1 Quanto aos parâmetros de carga viral e CD4 apenas a média de CD4 do último triênio (704,36) foi  
2 maior que a média dos outros triênios ( $p=0,029$ ).

3 Quando analisamos o desfecho gestacional, viu-se que a partir do segundo triênio (2006-  
4 2008) 98% dos partos de pacientes portadoras de HIV ocorreram no local de referência para esse  
5 tipo de atendimento no município ( $p\leq 0,001$ ). Já o tipo de parto apresentou mudanças inconstantes  
6 ao longo do tempo. O parto vaginal estava em ascensão, chegando a 66% no terceiro triênio nos  
7 últimos três anos a cesárea retornou como a principal via de nascimento, ficando o parto vaginal  
8 com apenas 43,3% da ocorrência ( $p=0,006$ ).

9 Outro parâmetro que melhorou do primeiro (87%) para o segundo (98,1) triênio e que se  
10 consolida como medida profilática utilizada em todos os casos nos últimos dois triênios foi o uso de  
11 Zidovudina (AZT) xarope para o recém-nascido ( $p\leq 0,001$ ). Infelizmente a transmissão materno-  
12 infantil que vinha apresentando queda de 9,1% no primeiro triênio para 0,9% nos dois triênios  
13 seguintes, reapareceu no último triênio com taxa de 7,1%. Dentre os seis casos de TMI do HIV  
14 relatados nos anos de 2012 a 2014, os registros apontam para um caso de diagnóstico tardio, no  
15 momento do parto e outros 05 casos, onde as gestantes autodeclararam ser usuárias de substâncias  
16 químicas, em especial de Crack e Cocaína, não tendo realizado acompanhamento pré-natal e uso de  
17 ARV (Tabela 2).

18

19 **Tabela 1:** Distribuição do total de casos de gestantes HIV positivas por triênio, Rio Grande, RS.

<b>Triênio</b>	<b>Partos de Portadoras HIV</b>	<b>de %</b>	<b>Partos em Rio Grande</b>	<b>%</b>
2003-2005	77	19,4	8185	0,94
2006-2008	107	27,1	7731	1,38
2009-2011	112	28,4	7743	1,44
2012-2014	99	25,1	8251	1,20
<b>TOTAL</b>	<b>395</b>	<b>100</b>	<b>31910</b>	<b>1,24</b>

20

21

22

23

24

25

26

27

1 **Tabela 02:** Perfil epidemiológico das gestantes soropositivas para o HIV no período de 2003-2014,  
 2 Rio Grande-RS (n=395).

<b>Variável</b>	<b>Triênio</b>				<b>P</b>
	<b>2003-2005</b>	<b>2006-2008</b>	<b>2009-2011</b>	<b>2012-2014</b>	
<b>Idade da mãe (n=381)</b>					0,255 <sup>b</sup>
≤ 20 anos	21,3%	16,5%	20,0%	16,1%	
21 a 25 anos	29,3%	24,3%	30,0%	35,5%	
26 a 30 anos	18,7%	36,9%	24,5%	21,5%	
acima de 30 anos	30,7%	22,3%	25,5%	26,9%	
Média	26,73	26,64	26,07	26,42	0,877 <sup>b</sup>
DP	±6,64	±6,01	±6,06	±5,82	
IC	(25,24-28,27)	(25,50-27,77)	(24,93-27,31)	(25,28-27,64)	
<b>Escolaridade (n=363)</b>					0,059 <sup>b</sup>
3 anos ou menos	49,4%	34,6%	47,3%	28,4%	
4 a 7 anos	31,2%	46,7%	36,6%	44,8%	
8 anos ou mais	19,5%	18,7%	16,1%	26,9%	
<b>Gestações (n=339)</b>					0,003 <sup>a</sup>
primigesta	29,4%	36,7%	42,5%	48,0%	
secundigesta	20,6%	24,4%	25,5%	24,0%	
multigesta	50,0%	38,9%	32,1%	28,0%	
Média	3,07	2,39	2,20	2,04	0,002 <sup>a</sup>
DP	±2,46	±1,82	±1,90	±1,99	
IC	(2,53-3,69)	(2,05-2,77)	(1,84-2,56)	(1,63-2,54)	
<b>Partos (n=339)</b>					0,635 <sup>b</sup>
nulípara	10,3%	21,1%	20,8%	21,3%	
primípara	36,8%	31,1%	32,1%	29,3%	
multípara	52,9%	47,8%	47,2%	49,3%	
Média	2,35	1,89	1,67	1,71	0,015 <sup>a</sup>
DP	±2,16	±1,69	±1,39	±1,54	
IC	(1,89-2,85)	(1,56-2,23)	(1,41-1,93)	(1,37-2,06)	
<b>Pré-natal (n=375)</b>					0,029 <sup>b</sup>
não	15,1%	13,0%	3,6%	7,7%	
sim	84,9%	87,0%	96,4%	92,3%	
<b>Início do Pré-natal (n=296)</b>					0,093 <sup>b</sup>
1º trimestre	62,0%	51,3%	69,7%	64,8%	
2º ou 3º trimestre	38,0%	48,7%	30,3%	35,2%	
Média	13,4	16,66	12,69	15,11	0,050 <sup>b</sup>
DP	±9,77	±9,91	±10,27	±9,14	
IC	(10,75-16,21)	(14,55-18,99)	(10,72-14,82)	(12,95-17,14)	
<b>Número de consultas (n=332)</b>					≤0,001 <sup>b</sup>
≤ cinco	69,4%	58,8%	38,7%	41,8%	
≥ seis	30,6%	41,2%	61,3%	58,2%	
Média	4,39	5,26	6,08	5,99	≤0,001 <sup>a</sup>
DP	±2,11	±2,18	±2,59	±2,23	

IC	(3,88-4,90)	(4,77-5,73)	(5,59-6,58)	(5,50-6,45)	
<b>Momento do diagnóstico (n=382)</b>					<b>≤0,001<sup>b</sup></b>
na gestação	42,1%	34,6%	52,7%	14,1%	
no parto	17,1%	12,5%	5,4%	7,1%	
prévio	40,8%	52,9%	42,0%	78,8%	
<b>Início da TARV (n=378)</b>					<b>0,05<sup>b</sup></b>
< 14 semanas	83,8%	82,4%	82,1%	94,4%	
≥ 14 semanas	16,2%	17,6%	17,9%	5,6%	
Média	5,69	6,6	6,56	2,44	<b>0,005<sup>b</sup></b>
DP	±9,37	±11,13	±9,08	±6,02	
IC	(3,81-7,79)	(4,58--8,92)	(4,58-8,92)	(1,39-3,93)	
<b>Carga viral (n=324)</b>					<b>0,408<sup>b</sup></b>
≤ 999 cópias/dl	60,9%	67,8%	72,5%	72,1%	
≥ 1.000 cópias/dl	39,1%	32,2%	27,5%	27,9%	
Média	21.658,27	6.794,86	4.998,31	11.024,62	<b>0,184<sup>b</sup></b>
DP	±78.202,42	±27.985,90	±16.855,63	±69.235,11	
IC	(5, 689,29-43.578,32)	(2.487,43-13.359,93)	(2.075,90-9.147,55)	(1.456,07-29.100,90)	
<b>CD4 da mãe (n=327)</b>					<b>0,117<sup>a</sup></b>
≤ 499	52,3%	45,6%	43,7%	40,6%	
≥ 500	47,7%	54,4%	56,3%	59,4%	
Média	578,97	570,91	592,75	704,36	<b>0,029<sup>a</sup></b>
DP	±347,32	±315,16	±290,56	±400,04	
IC	(495,83-672,10)	(507,09-641,51)	647,71)	(617,13-801,76)	
<b>Tipo de parto (n=307)</b>					<b>0,006<sup>b</sup></b>
cirúrgico	53,7%	48,0%	33,9%	56,6%	
vaginal	46,3%	52,0%	66,1%	43,4%	
<b>Local do Parto (n=374)</b>					<b>≤0,001<sup>b</sup></b>
HU-FURG	74,6%	98,0%	98,2%	99,0%	
outros	25,4%	2,0%	1,8%	1,0%	
<b>AZT xarope (n=395)</b>					<b>≤0,001<sup>b</sup></b>
sim	87,0%	98,1%	100,0%	100,0%	
não	13,0%	1,9%	0,0%	0,0%	
<b>TMI do HIV (n=395)</b>					<b>0,005<sup>b</sup></b>
não	90,9%	99,1%	99,1%	92,9%	
sim	9,1%	0,9%	0,9%	7,1%	

1 a chi-quadrado; b tendência linear; DP- desvio padrão; IC – intervalo de confiança; TARV – terapia  
2 antirretroviral, RN – Recém-nascido; AZT – Zidovudina e TMI – Transmissão materno-infantil  
3

## 1 **Discussão**

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

No presente estudo as gestantes tinham em média 26,5 anos. A idade das mulheres constituiu-se um fator agravante para a presença do HIV em suas vidas, seja como um cofator associado aos riscos gestacionais, pelo baixo nível de escolarização, ou pela ausência de suporte emocional em casos de idade mais precoce<sup>8</sup>. Estudos apontam para uma média de idade das gestantes soropositivas para o HIV entre 16 e 35 anos de idade<sup>4,5</sup>. Ou seja, mulheres jovens, em idade fértil, aumentando assim o número de recém-nascidos expostos ao HIV.

Apesar das gestantes soropositivas para o HIV serem jovens, vem sendo observada ao longo do tempo, uma mudança no perfil escolar desta população. No primeiro triênio 50,7% das mulheres tinham 4 anos ou mais de escolaridade e no último triênio esse número passou para 71,7%. Estudos apontam para um percentual em torno de 59% a 73% de gestantes soropositivas com até 08 anos de escolarização<sup>9,10</sup>. Tais resultados, de acordo com dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, são próximos aos da população feminina no Brasil que apresenta índices de escolarização similares aos resultados aqui apresentados, onde 80% das mulheres possuem 4 anos ou mais de escolarização<sup>11</sup>.

Além da melhora na escolaridade podemos observar que o número de gestantes primíparas vem aumentando, em detrimento do decréscimo de múltíparas, ao longo do período. Xavier e cols. (2013)<sup>12</sup>, ao observar os riscos reprodutivos e condições socioeconômicas de gestantes soropositivas, em 3.440 mulheres, observaram a ocorrência de um número menor de gestações e um maior número de mulheres com nenhum ou até dois partos. Araújo e cols.(2014)<sup>13</sup> realizaram um estudo sobre a cascata de cuidado acerca da prevenção da TMI na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ) e dentro da caracterização do perfil gestacional e obstétrico das mães, observaram que 58,3% eram múltíparas, possuíam diagnóstico anterior e/ou durante a gestação (65%). É importante se observar que a atenção pré-natal e a detecção precoce são fundamentais para a melhoria das condições de saúde destas mulheres, dando a elas melhores chances de exercer a sua sexualidade e maternidade de forma consciente e conforme suas escolhas.<sup>3,12,13</sup>

Além disso, o número médio de partos das mulheres soropositivas diminuiu de 3,07 (2003-2005) para 2,04 (2006-2008) e de 2,35 (2009-2011) para 1,71 (2012-2014) respectivamente. É provável que este declínio dos últimos anos, seja reflexo do aumento da escolarização, redução da pauperização, melhor atenção pré-natal e do diagnóstico precoce e consequente adesão ao tratamento. Neste sentido, vale ressaltar que além dos aspectos sociais e de cuidado pré-natal, fatores moleculares, ligados à presença do HIV no organismo têm reduzido às taxas de fertilidade em mulheres soropositivas quando comparadas às não soropositivas para o HIV<sup>14</sup>.

1 Assim como as variáveis sociais e o histórico obstétrico tiveram melhoras ao longo dos doze  
2 anos avaliados, a busca pela atenção ao pré-natal de maneira precoce, com a média de realização de  
3 seis consultas foi um ganho observado nos triênios. Miranda e cols. (2016)<sup>4</sup> identificaram em seu  
4 estudo que 87,7% mulheres pesquisadas realizaram o pré-natal. Em nosso estudo os índices  
5 variaram de 84,9% (2003-2005) para 92,3% (2012-2014) no que diz respeito à adesão ao pré-natal.

6 Durante o período pré-natal, as gestantes pesquisadas apresentaram um início de atenção  
7 pré-natal no primeiro trimestre de 64,8%, e uma média de 13,4 (2003-2005) para 15,11 semanas  
8 (2012-2014) para a realização da primeira consulta. No último triênio, m 58,2% dos casos, o  
9 número de consultas foi maior ou igual a 06 atendimentos. Para Araújo e cols. (2014)<sup>13</sup>, os  
10 resultados foram: início do pré-natal em até 28 semanas (57,9%) e número de consultas inferior ou  
11 igual a 7 (70,4%).

12 O diagnóstico prévio à gestação apresentou um crescimento significativo entre os períodos  
13 avaliados, aumentando de 42,5% a 85,7%. Miranda e cols. (2016)<sup>4</sup> identificaram uma prevalência  
14 de diagnóstico anterior ao período pré-natal de 53% e de 37,2% durante o referido período. Em  
15 contrapartida, Lima e cols. (2017)<sup>8</sup>, em um estudo de série temporal, investigando o perfil clínico-  
16 epidemiológico de gestantes soropositivas para o HIV, encontraram um elevando índice (75%) de  
17 gestantes sem nenhuma notificação de seu status sorológico contra referenciado ao centro de  
18 referência onde o parto fora realizado. Neste sentido, os dados apontam para uma maior cobertura  
19 de diagnóstico prévio neste estudo, fato que favorece a atenção pré-natal adequada, ao planejamento  
20 familiar acompanhado pelo centro de referência e a efetiva prevenção à TMI.

21 Neste estudo, observa-se que o percentual de diagnóstico durante o parto reduziu de 16,4%  
22 (2003-2005) para 7,1% (2012-2014), muito embora tenha atingido um índice inferior (3,6%) no  
23 período de 2009-2011. Comparando-se com estudos realizados anteriormente, Ramos e cols.  
24 (2013)<sup>15</sup> referem que em dois estudos de coorte, as taxas de diagnóstico tardio reduziram de 47,7%  
25 (1983-1998) para 36,1% (1999-2002). Neste sentido, o diagnóstico prévio e o início precoce da  
26 TARV, ainda durante a gestação e o acompanhamento pré-natal, são aspectos fundamentais para a  
27 prevenção de novas infecções.

28 O uso da TARV durante o período gestacional consiste um fator de proteção ao futuro  
29 neonato frente à infecção pelo HIV. O momento do início do tratamento e a CV da gestante são  
30 critérios predisponentes ao sucesso da prevenção da infecção, tendo em vista que um início precoce  
31 e o controle da CV conduzem a um desfecho gestacional favorável a não infecção pelo HIV no  
32 bebê<sup>16,1723</sup>. Os resultados obtidos nas gestantes pesquisadas conferem um desfecho gestacional  
33 favorável às mesmas, em sua maioria, tendo em vista a atenção ao pré-natal que se estabelece neste

1 centro de referência, excetuando-se os casos onde tais cuidados foram excluídos e/ou impedidos de  
2 serem realizados previamente no centro de referência.

3 A melhora do perfil imunológico encontrado em nosso estudo reflete o aumento do  
4 diagnóstico anterior à gestação, que apresenta como consequência o crescimento nos valores das  
5 contagens de células CD4+, em especial do crescimento no percentual de mulheres com valores  
6 acima de 500 céls./mm<sup>3</sup> de 47,7% do primeiro triênio, para 59,4% no último triênio, a média destes  
7 valores, que subiu de 578,97 (dp±347,325) para 704,36 (dp ±400,039), consecutivamente e quanto à  
8 carga viral que em 72% das gestantes apresentavam valores menores que 1000 cópias. Estudos de  
9 série temporal realizado em Vitória (ES), com 109 gestantes apontaram índices de 64% das  
10 mulheres com contagens de CD4+ acima de 350 céls./mm<sup>3</sup> de sangue e 70% destas com CV  
11 inferior á 10.000 cópias<sup>13</sup>. Estes dados corroboram com um estudo de investigação da qualidade de  
12 vida de mulheres gestantes que convivem com o HIV, onde em 64% dos casos, os valores de CD4+  
13 estavam acima de 500 céls./mm<sup>3</sup><sup>10</sup>.

14 Acerca da via de parto em nosso estudo, embora o parto vaginal tenha tido uma maior  
15 prevalência no segundo e terceiro triênio, no último período, o parto cirúrgico foi o mais realizado  
16 com prevalência de 56,6%. Em outros estudos, as taxas variaram de 57,8%<sup>18</sup> a 82,6%<sup>19</sup>. O Brasil  
17 tem a maior taxa de cesárea no mundo, sendo este um fator cultural e tal situação também pode  
18 estar associada às prerrogativas anteriores acerca dos cuidados durante o parto às gestantes  
19 soropositivas divulgados, ao número cada vez maior de planejamento familiar e atenção de  
20 gestantes soropositivas às clínicas particulares<sup>20</sup>.

21 A escolha pelo local de parto, e a atenção e manejo das gestantes é fundamental para a  
22 manutenção da cascata de cuidados na prevenção da transmissão vertical do HIV. Nos dados acima  
23 apresentados a quase totalidade (99%) dos partos de gestantes soropositivas foi realizado na  
24 instituição hospitalar. Para Araújo e cols. (2014)<sup>13</sup>, os resultados apontam para uma taxa de 75,7%  
25 na preferência por parto no centro de referência. Tais dados apontam para o reconhecimento do HU-  
26 FURG, como um centro de referência para a prevenção da TMI do HIV.

27 A profilaxia, a partir do uso de AZT, vem sendo utilizada em 100% dos casos nos últimos  
28 triênios analisados. Tal iniciativa é considerada uma estratégia de prevenção eficaz e amplamente  
29 aplicada que pode reduzir significativamente as taxas de infecção do HIV em neonatos. Em países  
30 onde os protocolos de prevenção ainda não sejam aplicáveis a todas as gestantes, por exemplo, a  
31 redução das taxas de TMI, após a administração de Nevirapina e/ou Zidovudina durante o pré-natal  
32 e imediatamente pós-natal, podem reduzir em até 89% a incidência da TMI do HIV<sup>21,22, 23</sup>.

1 Em um estudo realizado anteriormente com a mesma população, a partir das análises das  
2 taxas de TMI do HIV, foram observadas reduções sistemáticas nas taxas de infecção de neonatos,  
3 reduzindo substancialmente (11,8% - 2,9%) a incidência nesta população. Outros fatores foram  
4 analisados, apontando que o aumento no tratamento, redução da carga viral e a redução no tempo de  
5 ruptura de membranas, foram indicadores positivos para a redução destes índices<sup>24</sup>.

6 As taxas de TMI aumentaram no último período, associadas ao aumento do número de  
7 gestantes que abandonam ou não realizam o pré-natal, usuárias de substâncias ilícitas e o aumento  
8 do número de testes rápidos, atingindo 7,1% dos bebês soropositivos nascidos no último triênio  
9 estudado (2012-2014). Um dos fatores discutidos atualmente na literatura internacional é que nos  
10 últimos anos, o uso de drogas, especialmente na população do sexo feminino tem se tornado um  
11 fator de risco importante para o aumento das taxas de TMI do HIV. Durante o período gestacional, o  
12 comportamento relacionado ao uso de substâncias tem se apresentado como um fator negativo à  
13 adesão, por parte de gestantes soropositivas para o HIV, à TARV. Tal aspecto é demonstrado pela  
14 redução da frequência da gestante e da assertividade do pré-natal, tendo em vista a sua baixa  
15 adesão<sup>24</sup>.

16 Melo e cols. (2014)<sup>25</sup>, descrevem uma taxa de TMI para o HIV de 4,8% entre crianças  
17 nascidas de mulheres soropositivas e usuárias de drogas ilícitas. Tal comorbidade, segundo este  
18 estudo, está associada à idade das mães, tendo estas uma média de idade mais jovem, além de  
19 refletir negativamente na adesão à TARV e ao pré-natal.

20 Buscando descrever as mudanças de comportamento de gestantes soropositivas usuárias de  
21 substâncias, durante um longo período de estudo (1990-2012) nos Estados Unidos, Rough e cols.  
22 (2014)<sup>26</sup>, descrevem um declínio importante nos índices de consumo e uso de diversos tipos de  
23 substâncias ilícitas (82%-23%) por mulheres soropositivas no contexto gestacional. Muito embora  
24 estes dados estejam em total desacordo com a realidade brasileira, apontam para um perfil de baixa  
25 adesão à TARV, ao pré-natal, baixa escolaridade e sem apoio do companheiro, como fatores de risco  
26 às gestantes usuárias.

27 O perfil das mulheres gestantes soropositivas tem se modificado a cada período de tempo: a  
28 idade, o número de gestações, o momento diagnóstico são indicadores de tal diferença entre os  
29 períodos de tempo investigados. Além destes, a adesão às medidas profiláticas e terapêuticas é  
30 importante para se promover um olhar mais atento às mulheres mais jovens, mais escolarizadas e  
31 com mais acesso aos serviços de atenção à saúde pré-natal. O contexto epidemiológico de  
32 enfrentamento ao HIV perpassa a possibilidade de melhorar a adesão à TARV, ao diagnóstico cada  
33 vez mais precoce e à possibilidade de uma atenção integrada durante o período gestacional da  
34 mulher soropositiva. A efetividade da conduta da cascata de cuidados é fundamental para a

1 prevenção de novas infecções, da saúde gestante, de sua qualidade de vida, bem como de seus  
2 aspectos biopsicossociais.

3 Por se tratar de um estudo transversal retrospectivo de bases documental, a fidedignidade  
4 dos dados depende exclusivamente das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, quanto  
5 da atenção a gestante. Neste caso, a presença de vieses, informações incompletas e ou desconexas,  
6 podem subestimar ou superestimar a realidade, muito embora o tratamento estatístico e os critérios  
7 técnicos necessários estejam presentes.

8 Neste estudo os resultados demonstram um aumento significativo da taxa de TMI no último  
9 triênio, relacionadas com o momento de diagnóstico tardio e, por consequência não adesão à  
10 conduta terapêutica. Tais casos apontam para uma preocupante perspectiva futura e sugerem novas  
11 abordagens de intervenção junto a esta população.

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

## 1 **Referências**

- 2
- 3 1. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS update 2016,
- 4 2016.
- 5 2. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention gap report 2016.
- 6 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico AIDS e
- 7 DST. Brasília: 2016.
- 8 4. Miranda, A.E. et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do
- 9 HIV no Brasil. Cad. Saúde Pública, 32(9): e00118215. 2016.
- 10 5. Hoffmann, I.C. et al. A five-year review of vertical HIV transmission in a specialized service:
- 11 cross-sectional study. Med. Journal. 134(6): 508-512. 216.
- 12 6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro:
- 13 IBGE, 2012.
- 14 7. ROSA, M.C. et al. Evaluation of factors associated with vertical HIV-1 transmission. Journ. de
- 15 Ped. 91(6): 523-528, 2015.
- 16 8. Lima, S. K. S. S. et al. Caracterização das gestantes com HIV/AIDS admitidas em hospital de
- 17 referência. Sanare, 16(1): 45-51. 2017.
- 18 9. Pereira, G.F. M. et al. HIV prevalence among pregnant women in Brazil: a national survey. Rev .
- 19 Bras. Ginecol. Obstet. 38:391-398. 2016.
- 20 10. Silveira, M.P.T.; Silveira, M. F.; Müller, C. H. Quality of life of pregnant women living with
- 21 HIV/Aids. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 38(5): 246-62. 2016.
- 22 11. <Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - <https://www.ibge.gov.br/>. Consulta
- 23 realizada em 18/10/2017>.
- 24 12. Xavier, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. Ciên.
- 25 Saúde Coletiva. 18(4): 1161-71. 2013.
- 26 13. Araújo, E.S.P. et al. Cascade of access to intervention to prevent HIV mother to child
- 27 transmission in the metropolitan área of Rio de Janeiro, Brazil. Bras. Jour. Infec. Diseases. 18(3):
- 28 252-260. 2014.
- 29 14. Yeatmen, S. et al. Impacto f ART on the fertility of HIV-positive women in sub –Saharan Africa.
- 30 Trop. Med. Inter. Heath. 21(9): 1071-1085. 2016.
- 31 15. Ramos Jr., A.N. et al. Late-stage diagnosis of HIV infection in Brazilian Children: evidence
- 32 from two national cohort studies. Cad. Saude Pública. 29(7): 1291-1300. 2013.
- 33 16. MANDELBROT, L. et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective
- 34 antiretroviral therapy starting before conception. Clin. Infec. Diseases, 61(11): 1715-1725, 2015.
- 35 17. SAGAY, A. S.et al. Mother-to-child transmission outcomes of HIV-exposed infants followed up
- 36 in Jos North-Central Nigeria. Current HIV Research, 13(3): 193-200, 2015.

- 1 18. Barral, M.F.M., et al. Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of  
2 antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome. *Rev . Inst.Med.Trop.* 56(2):133-8.2014.
- 3 19. Reis, H. L. B. et al. Clinical and epidemiological profile and reproductive outcome in HIV-  
4 infected pregnant women assisted at a University Hospital Maternity on Vitoria, Brazil. *DST. Jour.*  
5 *Bras. Doen. Sex. Trans.* 27(1-2): 09-15, 2015.
- 6 20. Paris, G. F.; Peloso, S. M.; Martins, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços  
7 públicos e privados. *Rev . Bras. Ginecol. Obstet.* 35 (10):447-452. 2013.
- 8 21. LI, B. et al. Effectiveness of a prevention of mother-to-child HIV transmission program in  
9 Guangdong province from 2007 to 2010. *BMC public health*, 13(1): 17-26, 2013.
- 10 22. MOODLEY, P.; PARBOOSING, R.; MOODLEY, D. Reduction in perinatal HIV infections in  
11 KwaZulu-Natal, South Africa, in the era of more effective prevention of mother to child  
12 transmission interventions (2004–2012). *JAIDS Jour.Adcq.Immune Def. Syndr.* 63(3): 410-415,  
13 2013.
- 14 23. KIM, M.H. et al. Low rates of mother-to-child HIV transmission in a routine programmatic  
15 setting in Lilongwe, Malawi. *PloS one*, 8(5):. e649 e659, 2013.
- 16 24. TOWNSEND, C.L. et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV  
17 transmission rates, 2000–2011. *Aids*, 28(7): 1049-1057, 2014.
- 18 25. Melo, V. H. et al. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. *Rev . Bras. Ginecol.*  
19 *Obstet.* 36 (12):555-561. 2014.
- 20 26. Rough, K. et al. Dramatic decline in substance use by HIV-infected pregnant women in the  
21 United States from 1990-2012. *AIDS*, 29(1): 117-123. 2015.

22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35

1 12. ARTIGO 02 (a ser enviado à Revista Psicologia: Reflexão e Crítica)

## 1 **A gestação na presença do HIV: o que há por detrás da soropositividade?**

2

3 Rubens Caurio Lobato

4 Michele Tornatore

5 Ana Maria Barral de Martinez

6 Carla Vitola Gonçalves

7

### 8 **Resumo**

9

10 **Objetivo:** Este artigo tem por objetivo analisar, nos discursos de mulheres gestantes soropositivas  
11 ao HIV, como convivem com a sua gestação na presença do HIV e seus aspectos emocionais,  
12 durante o transcorrer deste processo.

13 **Método:** Estudo de abordagem qualitativa descritiva com 20 gestantes atendidas em um centro de  
14 referência para soropositivas nos anos de 2013-14. Os dados foram coletados durante o pré-natal  
15 por meio de entrevista semiestruturada com questões sobre a presença do HIV na vida destas  
16 mulheres no contexto gestacional e explorados por meio da Análise de Conteúdo. Primeiramente,  
17 realizou-se a leitura flutuante e a construção de unidades de registro, seguida pela categorização, de  
18 acordo com a sua semelhança e diferenciações, tendo sido realizado um reagrupamento final.

19 **Resultados:** As gestantes apresentaram respostas diferenciadas acerca do enfrentamento a sua  
20 condição de ser gestante e soropositiva. Estes elementos aparecem nas falas destas mulheres quando  
21 questionadas sobre: “Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?” A partir deste  
22 questionamento e da análise destes discursos, emergiram três categorias: “A gestação faz eu me  
23 sentir feliz”, “A gestação, meus medos e tristezas” e “A gestação, enquanto um fardo a ser  
24 carregado!”

25 **Conclusão:** A gestação no contexto do HIV constitui-se de um momento de lutas internas e debates  
26 externos para as gestantes e neste sentido, tais incongruências necessitam ser reconhecidas e  
27 avaliadas durante e após o seu atendimento pré-natal.

28

29 **Palavras-chave:** gestação, vírus da imunodeficiência humana, aspectos emocionais.

30

31

32

33

34

35

1 **Abstract**

2

3 **Objective:** This article aims to analyze how pregnant women living with HIV can coexist with their  
4 gestation in the presence of HIV and its emotional aspects during the course of this process.

5 **Methods:** A descriptive qualitative study with 20 pregnant women attended at a reference center for  
6 seropositive in the years of 2013-14. Data were collected during prenatal care through a semi  
7 structured interview with questions about the presence of HIV in the life of these women in the  
8 gestational context and explored through Content Analysis. First, the floating reading and the  
9 construction of registration units were carried out, followed by the categorization, according to their  
10 similarity and differentiations, and a final regrouping was conducted.

11 **Results:** The pregnant women presented different answers regarding the confrontation of their  
12 status as pregnant and seropositive. These elements appear in the lines of these women when asked  
13 about: "How did you feel when you received the news of pregnancy?" From this questioning and  
14 the analysis of these discourses, three categories emerged: "Gestation makes me feel happy", "My  
15 fears and sorrows "and" The pregnancy, while a burden to be born! "

16 **Conclusion:** Pregnancy in the context of HIV is a time of internal struggles and external questions  
17 for pregnant women and in this sense, such incongruities need to be recognized and evaluated  
18 during and after their prenatal care.

19

20 **Keywords:** pregnancy, human immunodeficiency virus, emotional aspects.

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

## 1 **Introdução**

2

3 A presença do HIV/AIDS no contexto gestacional é claramente um fator de risco à saúde  
4 física e mental da mãe e ao desenvolvimento afetivo de relações entre ela e o seu concepto. O  
5 processo de gestação, acompanhamento pré-natal, parto e pós-natal, bem como o desenvolvimento  
6 da criança são permeados de limitações, controles e intervenções sobre a vida destas mulheres e de  
7 seu recém-nascido <sup>01,02</sup>.

8 Tais intervenções, essencialmente existentes para o controle da transmissão materno infantil  
9 (TMI) do HIV, são de suma importância para a redução das taxas de infecção de novos portadores e  
10 para o controle da epidemia. A gestante HIV torna-se o foco de políticas de prevenção e, para tanto,  
11 seus aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos são de suma importância no que diz  
12 respeito ao programa de acompanhamento pré-natal <sup>03,04</sup>.

13 Dentro deste olhar social, o portador de HIV enquanto sujeito de sua subjetividade, deve ser  
14 encarado como agente promotor de suas ações de saúde <sup>05</sup>. No momento em que escolhe, determina,  
15 o sujeito torna-se parte do processo saúde-doença. Ele participa, interage e a partir de sua aceitação,  
16 constrói um vínculo terapêutico. Este vínculo é crucial para que medidas profiláticas e de contenção  
17 às infecções como no caso do HIV sejam seguidas. A contratualização das medidas na relação  
18 equipe de saúde – paciente garante a adesão ao tratamento e a não transmissão do HIV, em especial  
19 durante a gravidez <sup>02</sup>.

20 Em um segundo momento, a mulher ao se descobrir soropositiva, transpassa uma etapa de  
21 desconforto, apatia, medos dos mais diversos e, por vezes, a submissão ao comportamento do  
22 parceiro, demonstrando claramente uma dependência inicial à situação. Vale ressaltar que o  
23 conhecimento de tal soropositividade pode ocorrer concomitante a um diagnóstico de gestação,  
24 tendo em vista que o momento do pré-natal coincide com a testagem compulsória ao HIV,  
25 especialmente na rede pública de saúde <sup>06</sup>.

26 O processo de adesão às políticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS contempla não apenas o  
27 suporte clínico às gestantes, bem como o estabelecimento de atendimento integral para o amparo e  
28 redução do estigma da doença, sentimento de culpa, sofrimento psíquico e moral das gestantes. A  
29 presença de um fator de risco à vida destas gestantes está relacionada com o desenvolvimento de  
30 ansiedade e com a baixa autoestima <sup>01,07</sup>.

31 Com isso, este artigo tem por objetivo analisar, nos discursos de mulheres gestantes  
32 soropositivas ao HIV, como convivem com a sua gestação na presença do HIV e seus aspectos  
33 emocionais, durante o transcorrer deste processo.

34

35

## 1 **Métodos**

2 Este estudo se constitui de uma pesquisa descritiva, associada à análise qualitativa de dados,  
3 oriundos do acompanhamento de gestantes soropositivas, durante o período de 2013-2014, em um  
4 município no extremo sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada através de busca documental em  
5 prontuário médico e realizada entrevista individual semiestruturada.

6 As gestantes entrevistadas, com idade igual ou superior a 18 anos, foram convidadas a  
7 participar do estudo e aquelas que aceitaram participar, foram entrevistadas durante o período pré-  
8 natal. As entrevistas tiveram início com a aplicação dos critérios de saturação dos dados para o  
9 encerramento, buscando-se identificar o término das entrevistas quando as repostas emitidas pelas  
10 entrevistadas passassem a se tornar repetitivas.

11 Neste sentido, a amostra total contou com 20 gestantes entrevistadas, no período de 2013-  
12 2014. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo <sup>09</sup>. Em um primeiro  
13 momento, realizou-se a leitura flutuante e a construção de unidades de registro, onde constou o  
14 significado exposto nas respostas das mulheres entrevistadas.

15 Em um segundo momento, as unidades de significado foram categorizadas, de acordo com a  
16 sua semelhança e diferenciações, tendo sido realizado um reagrupamento final após tais análises.  
17 Dentro do corpus constituído para este estudo, foram selecionadas para a análise as respostas  
18 oriundas de questionamentos sobre os sentimentos da gestante no momento que descobriu estar  
19 grávida, sobre as preocupações acerca deste processo e de como se sentia estando grávida, sendo  
20 soropositiva para o HIV. Durante a construção e manipulação do corpus de estudo, buscou-se  
21 estabelecer conexões entre tais achados e os referenciais bibliográficos relacionados.

22 O estudo foi realizado, seguindo as orientações legais da Resolução 466/2012 e foi aprovado  
23 pelo Comitê de Ética em Pesquisa na área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal de Rio  
24 Grande (FURG), sob o número 058/2013. Todas as gestantes que foram convidadas a participar do  
25 estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e apenas após tal consentimento,  
26 foram entrevistadas durante a consulta pré-natal.

27

## 28 **Resultados e Discussão**

29 Neste estudo, dentre as gestantes entrevistadas, a maior parcela destas, possuía idade  
30 superior a 23 anos de idade (70%), variando de 20 a 33 anos e, pelo menos, um filho (50%). A  
31 metade possuía diagnóstico para o HIV em um período de tempo menor ou igual há um ano (50%) e  
32 no momento da entrevista, a maior proporção já se encontravam em idade gestacional igual ou  
33 superior há 28 semanas (55%).

34 Na perspectiva deste contexto social, as gestantes entrevistadas relataram em suas falas,  
35 aspectos importantes acerca de suas emoções, de seu bem-estar e de aspectos negativos

1 relacionados à gestação em decorrência da presença do HIV em suas vidas. Estes elementos  
 2 aparecem nas falas destas mulheres quando questionadas sobre: “Como te sentiste ao receber a  
 3 notícia da gravidez?”

4 A partir deste questionamento e da análise destes discursos, emergiram três categorias a  
 5 serem descritas a seguir: “A gestação consiste em aceitar e ser feliz”, “A gestação, meus medos,  
 6 dúvidas e tristezas” e “A gestação enquanto um fardo a ser carregado!”

7  
 8 **“A gestação consiste em aceitar e ser feliz”**

9 No contexto das vinte mulheres entrevistadas, sete declararam que a gestação era um  
 10 momento feliz em suas vidas e que necessitavam aceitá-lo. Em suas falas, o momento repercutia  
 11 positivamente de maneira muito simples: estar grávida é um sinônimo de felicidade, as mulheres  
 12 demonstram que a gestação é algo tão natural que a presença ou não de estressores não as  
 13 condiciona a um entristecimento por conta da gestação:

14

15 “Ah me senti bem o problema que fazia, eu fiz exame sangue de com um mês,  
 16 com dois mês e deram negativo. Foi dá mesmo eu tava com três mês já”.

17 **(Gestante A)**

18 “Eu me senti feliz...” **(Gestante E)**

19 “Feliz” **(Gestante H)**

20 “Muito feliz” **(Gestante I)**

21 “Acho que a melhor coisa!” **(Gestante J)**

22 “Eu fiquei feliz, no princípio eu fiquei assustada, mas depois fiquei feliz!”

23 **(Gestante K)**

24 “Ah, eu fiquei feliz né, fazer o quê?!” **(Gestante P)**

25

26 O momento supera qualquer tipo de crise ou de sentimentos negativos. Em sua essência, a  
 27 gestação é um momento bom em suas vidas, dentro de um contexto de surpresa e de elaboração de  
 28 sua condição, não expressando para si, grandes consequências frente ao desconhecido.

29 Em uma perspectiva onde a escolha da gestante é pela vida de seu conceito, a aceitação de  
 30 um estado gestacional torna-se uma decisão clara e tranquila. As falas demonstram tal clareza e  
 31 simplicidade: são objetivas, simples, sem maiores explicações, pois a gestante deseja tal momento,  
 32 esta gestação fazia parte de sua vida.

33

34 **“A gestação, meus medos, dúvidas e tristezas”**

1 Para outras sete gestantes, o momento atual foi indicado como de tristeza e de  
2 arrependimento. O medo de um futuro inesperado, de um bebê adoecido e com comprometimentos  
3 de saúde apareceu nas falas destas mulheres, conforme a seguir:

4  
5 “Um susto, me assustei no momento.” (**Gestante B**)

6 “Péssima, porque eu estava separada, não tinha casa, não tinha nada... Com  
7 filho ainda doente!” (**Gestante C**)

8 “Ah, eu fiquei triste né, porque esperando, não é um filho desejado,  
9 entendesse... No início não foi um filho desejado, entendesse? Porque até,  
10 portanto foi na rua, foi porque eu fazia programa, então eu não posso dizer que  
11 foi igual aos meus dois filhos, meus outros dois filhos foi vindo com amor,  
12 entendesse? Que eu queria, e esse já não. Quando eu descobri eu fiquei muito  
13 chateada, muito triste, né? .... Mas também não fiz nada pra evitar que não  
14 viesse.” (**Gestante F**)

15 “Arrasada” (**Gestante Q**)

16 “Na hora fiquei meio assustada (risos)... Eu não esperava, mas queria ao  
17 mesmo tempo.” (**Gestante R**)

18 “Hum... Não me senti muito bem não... Hã... Porque eu já tenho uma filha  
19 doente, aí ter outro filho... Mais difícil ainda!” (**Gestante S**)

20 “Arrasada” (**Gestante T**)

21  
22 De acordo com estas falas, as gestantes apontam que esta gestação não é algo positivo para  
23 elas, muito embora haja situações onde a ambivalência assinale a sua inscrição como uma estratégia  
24 de resposta ao sofrimento emocional. O susto, o medo, o apavoramento e o desespero:  
25 demonstrações claras de que a situação vivida é algo desagradável.

26 Os receios de uma gestação não planejada, mas não evitada, das consequências desta  
27 escolha sem medidas que poderiam primeiramente levar a uma criança adoecida, anormal ou com  
28 sérios danos físicos, assusta estas gestantes, as coloca em um momento de intenso receio e medo. A  
29 gestação imprime nestas mulheres a sua face de dor e de preocupação por sobre as suas vidas.

### 31 **“A gestação enquanto um fardo a ser carregado!”**

32 Para seis gestantes apontam que o aspecto negativo ou de nulidade ultrapassa os níveis do  
33 entristecimento e da incerteza do futuro, estaria vinculado a um momento de desamparo e de  
34 desilusão, demonstrando claramente a ambivalência do momento, por não ter escolhido o momento  
35 desta atual gestação e de um fardo a ser carregado:

1  
2 “É preocupante, porque o (nome do outro filho) foi tudo, foi tudo assim.... uma  
3 coisa depois da outra, não tinha assim aquela noção e o medo de coisas que a  
4 gente não sabe, informações que a gente não tem... O pai também nunca foi ao  
5 médico, ele nunca, ele fez o exame e nunca veio pegar o resultado... É uma  
6 coisa que eu tenho dificuldade em casa com ele sobre isso. A família dele não  
7 sabe, só a minha família sabe. Então é uma situação pra mim é complicado, ele  
8 já ficou doente eu já entrei em desespero, eu já fiz um monte de coisa, já  
9 aconteceu um monte de coisa nesse meio tempo e ai eu me preocupo porque  
10 eu sou a base... É tudo em cima de mim então, quer dizer o que é com as  
11 crianças e é com ele é, eu sou a responsável é eu que tenho que tomar a frente  
12 aí é.... Essa gravidez foi mais preocupante, foi mais principalmente quando ela  
13 me disse que eu ia ter que continuar tomando assim, ai sim foi um choque  
14 assim....” (**Gestante D**)

15 “Ah, na verdade eu não aceitei bem né, na verdade eu queria até tirar, meu  
16 esposo é que não deixou, né?” (**Gestante G**)

17 “Como é que eu me senti? Foi (pausa)... A questão nem era a gravidez, é a  
18 doença! O resto não é, não, não impactou tá grávida, o que impactou é ter que  
19 fazer, eu já tava tendo que fazer o tratamento sozinha. E tu ter que fazer o  
20 tratamento porque tu tá grávida. Então tu te preocupa duas vezes”. (**Gestante**  
21 **L**)

22 “Ah... Eu aceitei bem. No caso, né... é mais um bebê.” (**Gestante M**)

23 “Eu falei pro pai, e ele não... Não acreditou né... Tinha feito dois teste de  
24 farmácia já. Ele: '-Ah, eu não acredito! Vais fazer um no hospital!' Aí eu fiz,  
25 deu positivo e ele fico...” (**Gestante N**)

26 “Dessa eu me senti (pausa) uma surpresa, foi uma surpresa, que eu me senti  
27 um pouco angustiada. Na verdade, não tava esperando né, e como eu falei  
28 antes né... Não queria mais. Só que aí tu, na hora tu, tu não pensa também na  
29 hora sei lá, da transa, do sexo, falando bem no popular, né?! Aí eu, eu atrasei  
30 alguns, alguns comprimidos eu tomei em dois, em um mês tomei duas pílulas  
31 do dia seguinte, a médica disse que de repente foi isso, tomei uma no início do  
32 mês e uma no final. Aí deve ter desregulado. Ah gente, então eu tomo a  
33 medicação no caso agora, né? Mas eu tomava anticoncepcional, usava  
34 camisinha, e no momento eu tinha falhado o comprimido no mês, não usamos  
35 camisinha duas vezes no mês e nessas duas vezes que a gente não usou

1                   camisinha, como eu sabia que eu tinha tomado o remédio errado, assim, no  
2                   caso, que eu tinha esquecido um comprimido, eu usei as duas pílulas do dia  
3                   seguinte, uma no início e uma no final (risos).” (**Gestante O**)  
4

5                   As falas, das gestantes apontam diversos fatos a serem destacados: o sofrimento pelo seu  
6                   atual estado, a ausência de um planejamento seguro de seu momento gestacional e a bagagem do  
7                   estigma social, não somente atrelado à presença do HIV em suas vidas, bem como de sua condição  
8                   de estigma em ser mulher e soropositiva. Nesta perspectiva a mulher é colocada em um patamar de  
9                   ser obrigada a aceitar esta gestação, demonstrando assim claramente que sua inadequação com esta  
10                  condição é sua culpa, sua responsabilidade. Esta consiste em uma visão negativa, desesperançosa e  
11                  alienada de sua própria tomada de decisão, promovendo ainda mais sofrimento a estas gestantes.  
12

### 13 **Discussão**

14                  Nos últimos 15 anos, a epidemia do HIV/AIDS tem apresentado um perfil de  
15                  heterossexualização, feminilização, pauperização e interiorização, tendo em vista uma mudança no  
16                  perfil epidemiológico dos casos recentes. Neste contexto, o aumento do número de mulheres em  
17                  idade fértil infectadas cresceu e um risco ainda maior, a TMI, emergiu (BRASIL, 2016). O HIV  
18                  surge como um agente transformador negativo, pois limita e define práticas para toda uma vida. A  
19                  sua presença passa a reger atitudes com direcionadas às relações com as outras pessoas, em especial  
20                  à vida das mulheres, tendo em vista as possíveis transformações acerca de sua saúde reprodutiva,  
21                  bem como do processo gestacional <sup>02</sup>.

22                  Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres se tornaram alvo fácil da pressão social de  
23                  uma lógica machista e centrada no compromisso ético e moral da maternidade. No contexto do HIV,  
24                  o direito da escolha de uma mulher em ser mãe, ainda tende a enfrentar as opiniões controversas de  
25                  profissionais de saúde, por exemplo, muito embora o desejo de ser mãe apresenta-se como algo  
26                  maior e mais consolidado na vida destas mulheres, em detrimento da presença do vírus em suas  
27                  vidas <sup>10</sup>.

28                  A maternidade é reconhecida na literatura como um momento singular e complexo, onde  
29                  afetos, crenças, mudanças físicas, aspectos culturais e sociais ocorrem em profusão. Em um curto  
30                  espaço de tempo, a vida da mulher se torna permeada de vivências ambivalentes, da variação entre  
31                  momentos de ansiedade e expectativa e de culpa, em especial quando a condição da presença do  
32                  HIV existe <sup>11</sup>.

33                  Quando a gestação consiste em uma vivência focalizada na criança, como um promotor de  
34                  felicidade à mãe, esta transforma um contexto emocional desfavorável como os medos da presença  
35                  e da transmissão do HIV, em algo positivo em suas vidas. Desta forma, o filho torna-se um agente

1 transformador da real situação, promovendo alívio de seu sofrimento interno, promove a sensação  
2 de amparo e de que esta mulher é igual às demais, por poder ser mãe, aumentando a autoestima  
3 destas mulheres <sup>12</sup>.

4 Por outro lado, o ser mãe na presença do HIV também pode tornar-se um momento difícil e  
5 com diversos aspectos negativos, tendo em vista que a gestante soropositiva necessita elaborar  
6 primeiramente o seu estado de vir ser mãe, seus conflitos internos e sua labilidade emocional,  
7 características deste período. O peso do diagnóstico do HIV, associado ao preconceito social, ao  
8 medo da TMI, ao não aleitamento compulsório que lhes é imposto e das dúvidas acerca do futuro,  
9 impõem a esta mulher uma condição de aflição e de estratégias de enfrentamento ao sofrimento,  
10 baseadas na emoção, podendo, inclusive, focalizarem-se na negação de tal estado <sup>13</sup>.

11 A superação desta dicotomia é superada com o suporte familiar e do companheiro, tornam-  
12 se essenciais, pois dividem o peso da tomada de decisão, amparam a gestante em seu momento de  
13 fragilidade, de mudanças e auxiliam na redução de ansiedades e de medos persecutórios. Tal  
14 aspecto deve fazer parte da abordagem das equipes de saúde, durante a atenção no pré-natal: na  
15 vinculação e no amparo nos processos de adesão ao tratamento, em uma melhor configuração da  
16 assistência a pessoa soropositiva, que ainda segue, por vezes, um modelo sanitarista, generalista e  
17 que desconsidera as particularidades dos sujeitos envolvidos <sup>14</sup>.

18 A mãe soropositiva é um ser sob o controle das tecnologias de saúde: a TMI deve ser  
19 evitada, o aleitamento deve ser proibido, a sua carga viral controlada, o parto deve ser decidido para  
20 além de sua vontade. Neste contexto, a pressão de agentes internos pode promover uma gama de  
21 estados emocionais incluindo-se a depressão, a presença de sentimentos negativos e de  
22 desesperança no futuro, o exercício de cuidados superprotetores, além do estigma social do HIV, um  
23 dos maiores fatores de risco à saúde mental destas mulheres <sup>15</sup>.

24 No que diz respeito ao acolhimento a ser realizado pela equipe de saúde, a atenção integrada  
25 e qualificada a esta gestante significará bons resultados à saúde do bebê <sup>16</sup>. Esta atenção momento  
26 se constitui em um momento de troca de vivências e experiências entre a gestante soropositiva e a  
27 equipe de saúde: de um lado os objetivos em comum ligados à prevenção da TMI do HIV, e de  
28 outro, os anseios de uma mãe buscando um desfecho gestacional favorável <sup>17</sup>.

29 O propósito é assegurar à mãe uma vivência sadia e tranquila de sua maternagem, tendo em  
30 vista que este exercício se constitui de um processo de ressignificação da vida, de uma tarefa  
31 evolutiva no desenvolvimento humano cercada de fantasias acerca da continuidade da existência,  
32 enquanto ser humano. Esta tarefa é positiva frente ao contexto de uma gestante soropositiva e  
33 necessita ser reforçada ativamente pela equipe de saúde <sup>16</sup>.

34 Apesar das políticas brasileiras terem se esforçado para redução da transmissão materno-  
35 infantil do HIV na implementação dessas medidas no país, ainda sim são observados muitos

1 equívocos neste sentido. Os dados comprovam que muitas gestantes ainda encontram-se  
2 desassistidas seja no momento da testagem ou no acompanhamento efetivo até o parto. O processo  
3 de prevenção não contempla as questões regionais e sociais de desigualdade o que não garante a  
4 adesão das gestantes à medicação <sup>18</sup>.

5 A adesão rigorosa aos antirretrovirais é fundamental, uma vez que o principal fator de risco  
6 associado à transmissão materno-infantil do HIV é a carga viral materna elevada <sup>04</sup>. Além disso, a  
7 adesão da gestante ao tratamento antirretroviral tem sido fortemente associada à adesão à  
8 medicação profilática do bebê após o nascimento <sup>19</sup>. Tais fatores, muito embora se estabeleçam  
9 como compulsórios à gestante soropositiva promovem diversos benefícios no decorrer da vida desta  
10 mulher e de seu bebê. A culpa pelo diagnóstico de ser soropositiva pode sim, ser amenizada pela  
11 oportunidade de gerar um filho sem tal estigma, e, com isso, validar a maternidade desta mulher  
12 enquanto um aspecto de saúde mental<sup>11</sup>.

13 Em um estudo de revisão sobre saúde da gestante soropositiva, Levandowski e  
14 colaboradores (2014), apontam para um cenário das pesquisas focalizado na busca por dados  
15 relativos à saúde reprodutiva de mulheres soropositivas e a condução da maternidade na presença  
16 do HIV, nos conhecimentos prévios acerca da doença e dos medos relativos ao momento da  
17 gestação versus a presença do vírus. Os autores apontam para o fato que, na maior parte dos dados  
18 conhecidos, a presença de acolhimento por parte da equipe de saúde e do amparo familiar seguro,  
19 refletiu positivamente na adesão à terapêutica farmacológica e a uma boa condução do pré-natal,  
20 confluindo para a não transmissão vertical do HIV <sup>20</sup>.

21

## 22 **Conclusões**

23 A gestação no contexto do HIV constitui-se de um momento de lutas internas e debates  
24 externos para as gestantes. Os medos, o desamparo e as sensações de que a escolha pela vida possui  
25 um maior valor, debatem-se em um momento de fragilidade para a mulher soropositiva, tendo em  
26 vista as representações maternas acerca da melhor condição para ela e para o bebê. O seu mundo  
27 torna-se um grande caleidoscópio onde as menores nuances poderão intervir em suas vidas,  
28 determinando escolhas, propondo controles e a responsabilizando em um futuro próximo. Neste  
29 sentido, a mulher soropositiva necessita de voz, para que tais incongruências sejam reconhecidas e  
30 avaliadas durante e após o seu atendimento pré-natal.

31

32

33

34

35

## 1 Referências

- 2 1. Ivanova EL, Hart TA, Wagner AC, Aljassem K, Loutfy MR. Correlates of anxiety in women  
3 living with HIV of reproductive age. *AIDS Behav.* 2012; 16:2181-91. DOI:  
4 <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-011-0133-6>.
- 5 2. Dyer TP, Stein JA, Rice E, Rotheram-Borus, MJ. Predicting depression in mothers with and  
6 without HIV: the role of social support and family dynamics. *AIDS Behav.* 2012; 16:2198-  
7 208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-012-0149-6>.
- 8 3. Tornatore M, Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA, Silveira JM, D'Ávila NE, Maas CG, et al.  
9 HIV-1 vertical transmission in Rio Grande, Southern Brazil. *Int J STD & AIDS.* 2010;  
10 21:351-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/ijsa.2009.009033>.
- 11 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico  
12 AIDS e DST. Brasília: 2016.
- 13 5. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo  
14 os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery*  
15 *Rev Enferm.* 2009; 13(2):359-65.
- 16 6. Wagner TMC, Bosi DR. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico. *Contextos*  
17 *Clínicos.* 2013; 6(2):164-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.62.09>.
- 18 7. Schwartz SR, Mehta SH, Taha TE, Rees HV, Venter F, Black V. High pregnancy intentions  
19 and missed opportunities for patient-provider communication about fertility in a South  
20 African cohort of HIV-positive women on antiretroviral therapy. *AIDS Behav.* 2012; 16:69-  
21 78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-011-9981-3>.
- 22 8. Guanabara MAO, Araújo MAL, Barros VL, Gondim APS, Pinheiro PMR, Oliveira FA.  
23 Pregnant women with HIV/Aids followed in public services. *Rev Enferm UFPI.* 2014;  
24 3(2):25-32.
- 25 9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 26 10. Cordova FP, Luz AMH, Innocente AP, Silva EF. Mulheres soropositivas para o HIV e seus  
27 companheiros frente à decisão pela gestação. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(1):97-102.
- 28 11. Cartaxo CMB, Nascimento CAD, Diniz CMM, Brasil DRPA, Silva IF. Gestantes portadoras  
29 de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. *Estudos de*  
30 *Psicologia.* 2013; 18(3):419-27.
- 31 12. Santos WS, Medeiros M, Munari DB, Oliveira NF, Machado ARM. A gravidez e a  
32 maternidade na vida de mulheres após o diagnóstico do HIV/AIDS. *Cienc Cuid Saude.*  
33 2012; 11(2):250-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i2.10476>.
- 34 13. Santos MM, Trindade ICS. Vergonha de ser, vergonha de ter: relatos de puérperas  
35 soropositivas para o HIV. *Rev SBPH.* 2014; 17(2):62-82.

- 1 **14.** Lima R, Almeida C, Vieira L. A pessoa medicada e o HIV/AIDS: subjetividade, adesão ao  
2 tratamento e biopolíticas. *Rev Subj.* 2015; 15(3):375-88.
- 3 **15.** Faria ER, Piccinini CA. Representações maternas no contexto do HIV: gestação ao segundo  
4 ano da criança. *Psico Est.* 2015; 20(4):625-37. DOI:  
5 <http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v20i4.28749>.
- 6 **16.** Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e  
7 HIV: preditores da adesão ao tratamento no contexto pré-natal. *Psico Teo Pesq.* 2014;  
8 30(2):197-203.
- 9 **17.** Correio RSM, Correio MAAL, Correio CSNB, Correio YAPP. Realização da sorologia para  
10 HIV no pré-natal: conhecimento e percepção da gestante. *Rev Enferm Cont.* 2015; 4(1):12-  
11 22. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.439>.
- 12 **18.** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention gap report  
13 2016. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf)  
14 [prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf)
- 15 **19.** Barral MFM, Oliveira GR, Lobato RC, Mendoza-Sassi RA, Martinez AMB, Gonçalves CV.  
16 Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy  
17 (ART) in pregnancy outcome. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2014; 56(2):133-8. DOI:  
18 <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652014000200008>.
- 19 **20.** Levandowski DC, Pereira MD, Dores SDS, Ritt GC, Schuck LM, Sanches IR. Experiência  
20 da gravidez em situação de seropositividade para o VIH: revisão da literatura brasileira.  
21 *Anal Psico.* 2014; 3(XXXII):259-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.575>.

22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41

### 1 13. Conclusão

2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42

O estudo do perfil epidemiológico das mulheres gestantes soropositivas em Rio Grande-RS vem se consolidando com algumas mudanças substanciais transcorridas ao longo do tempo. Aspectos da gestante relativos ao seu nível instrucional, a sua jovem idade, a redução no número médio de partos e gestações, assim como a adesão às condutas do pré-natal, profilaxia e adesão à TARV, variáveis obstétricas e do bebê, apontam para uma consolidação destes resultados para a atenção à gestante no município.

Muito embora tais dados apontem para uma manutenção de resultados positivos, aspectos negativos como o aumento nos últimos anos da taxa de TMI do HIV, determinam um alerta aos serviços de especialidades e de referência aos cuidados da mulher, da gestante e do bebê. A detecção tardia, a não adesão e outras morbidades, se mantêm como possibilidades da manutenção de resultados negativos a serem superados. A efetividade da conduta da cascata de cuidados é fundamental para a prevenção de novas infecções, da saúde gestante, de sua qualidade de vida, bem como de seus aspectos biopsicossociais.

Ao se investigar em profundidade as mulheres gestantes soropositivas, para além de um perfil epidemiológico, pode-se observar o quanto o momento diagnóstico deve ser realizado o mais precocemente, dando espaço para a elaboração de medos, anseios e tristezas, fato que pode, sim, alterar a adesão destas mulheres a modelos e esquemas terapêuticos e de cuidado de sua saúde. O estigma da mulher soropositiva pesa por sobre as decisões, gera conflitos internos e externos e conduz a um modelo de enfrentamento único, exclusivo e individual.

1	<b>14. Anexos</b>
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	

1 **14. 1. Anexo 01: Ficha de Pré-natal de gestantes HIV+**

2

**Pré-natal de gestante HIV +****1. Dados de identificação**

Nome: \_\_\_\_\_ N° Registro: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade (anos): (1) 1 - 4; (2) 5 - 8; (3) 9 - 11; (4) 12 ou mais; (5) nunca cursou

Data da 1ª consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**2. Pré-natal**

Antecedentes Gineco-obstétricos

Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Natimortos \_\_\_\_\_ N° de filhos vivos \_\_\_\_\_

Filhos	1	2	3	4
Idade				
Peso				
Tipo de parto				

Complicações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Idade gestacional da primeira consulta pré-natal: \_\_\_\_\_ semanas

Idade gestacional de início da profilaxia: \_\_\_\_\_ semanas

Em uso de anti-retrovirais para profilaxia:

 Sim. Qual: \_\_\_\_\_ Não

Em uso de anti-retrovirais para tratamento:

 sim. Qual: \_\_\_\_\_ Não

3

4



## 1 14.2. Anexo 02: Ficha de Parto de gestante HIV+

## Dados do parto de gestante HIV +

## 1. Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

## 2. Pré-natal

Fez pré-natal:

 Sim. Quantas consultas: \_\_\_\_\_ Não

Local de realização do pré-natal: \_\_\_\_\_

Em uso de anti-retrovirais para profilaxia:

 Sim. Qual: \_\_\_\_\_ Não

Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral: \_\_\_\_\_ semanas

## 3. Parto

Local de realização do parto: \_\_\_\_\_

Data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade gestacional no parto: \_\_\_\_\_ semanas

Tempo de ruptura das membranas: \_\_\_\_\_ horas

Evolução da gravidez:

 Parto normal Parto Cesáreo aborto

Fez uso de anti-retrovirais durante o parto:

 Sim. Tempo: \_\_\_\_\_ horas Não

## 4. Criança

Peso: \_\_\_\_\_ gr

Capurro: \_\_\_\_\_ semanas

Apgar: \_\_\_/\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

## 1 14.3. Anexo 03: Questionário das entrevistas realizadas

2

## Entrevista sobre a gestação em situação de infecção pelo HIV (NUDIF, 2005)

1. Eu gostaria que tu falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que tu ficaste sabendo, até agora.

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Esta é a tua primeira gravidez? Tu esperavas ficar grávida?
- Como te sentiste, ao receber a notícia da gravidez?
- Como te sentiste no início da gravidez, em termos físicos e emocionais?
- Tu tens alguma preocupação em relação à gravidez e ao bebê?
- Tu tens alguma preocupação em relação ao parto?
- Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora?
- Quando tu começaste o teu acompanhamento pré-natal? Como tem sido?
- Já fizeste alguma ecografia? Como foi este momento?
- Como estás te sentindo, em relação às mudanças do teu corpo?
- Como está sendo para ti ter o vírus neste momento da tua gravidez?

2. Eu gostaria que tu falasses sobre como foi que o HIV entrou na tua vida.

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Há quanto tempo tu tens o vírus? Qual foi a provável forma de infecção?
- Como foi receber a notícia da infecção pelo HIV? Tu imaginavas o diagnóstico positivo? Como te sentiste?
- Na ocasião, tu tinhas algum companheiro? Como foi a reação dele? Ele também tinha a infecção? Aquele teu companheiro é o atual pai do bebê?
- (Se sim):* Como o HIV tem afetado a vida dele? E a relação de vocês?
- (Se não é o mesmo):* O pai do bebê também tem a infecção? Como o HIV tem afetado a vida dele? E a relação de vocês?
- E a tua família sabe que tu tens o vírus?
- (Em caso afirmativo):* Como foi a reação dos teus familiares frente à notícia?
- A relação com a tua família foi afetada pelo fato de tu teres HIV? Em que foi afetada? Como te sentiste?
- (Em caso negativo):* Tu pensas contar para eles? O que tu espera deles?
- O que mudou na tua vida com o diagnóstico positivo para HIV?
- Quanto o HIV tem afetado a tua vida?
- (Se já tinha o vírus antes de engravidar):*
- Como foi para ti engravidar sabendo que tinha o vírus? Como te sentiste?
- O fato de saber do vírus influenciou a tua vontade de ser mãe? Como influenciou?
- (Se não sabia do vírus antes de engravidar):*
- Como foi para ti estar grávida e ficar sabendo do vírus? Como tu te sentiste?
- O fato de saber do vírus influenciou a tua vontade de ser mãe? Como influenciou?
- Que informações tu tens sobre HIV/AIDS? Como obtivestes essas informações?

3. Tu poderias me contar como tem sido para o pai do bebê, desde que ele soube da gravidez até agora?

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como ele reagiu à notícia da gravidez?
- Tu achas que a gravidez mudou alguma coisa nele? E no relacionamento de vocês?
- Ele tem alguma preocupação em relação à gravidez e ao bebê?
- Ele tem te oferecido algum tipo de apoio?
- (Se já sabia do vírus antes de engravidar):*
- Como foi para ele te ver grávida sabendo do vírus? O que ele te dizia?
- O fato de saber do vírus influenciou a vontade dele ser pai? Como influenciou?
- (Se não sabia do vírus antes de engravidar):*
- Como foi para ele te ver grávida e ficar sabendo do vírus? O que ele te dizia?

47  
48  
49  
50  
51  
52

1

**4. Tu poderias me contar um pouco sobre a reação da tua família à notícia da tua gravidez?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Tua família sabia sobre o HIV no momento da notícia da gravidez? Alguém mais sabia?
- E como foi a reação da família do pai do bebê?
- (Se tiver outros filhos):* E os teus filhos, como reagiram a tua gravidez?
- E os teus amigos? Como eles reagiram à tua gravidez?
- Algum familiar (ou amigo, ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez?
- Quem tu esperas que vá te ajudar?
- Tu acreditas que o fato de teres o vírus afetou de alguma forma a reação dos familiares a tua gestação?

**5. Agora eu gostaria que tu me falasses sobre o teu bebê.**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- O que tu já sabes sobre o bebê?
- (Se já sabe o sexo):* Como te sentiste quando soubeste que era menina/menino? E como o pai do bebê se sentiu?
- (Se não sabe o sexo):* Tu gostarias que fosse menina ou menino? Por quê? E o pai do bebê?
- Vocês já pensaram num nome para o bebê? Quem escolheu? Algum motivo para a escolha do nome?
- Tu sentes o bebê se mexer? Desde quando? Como foi?
- Tu costumavas tocar tua barriga ou falar com o bebê? O que mais tu fazes? Como tu te sentes?
- E o pai do bebê, interage com ele?
- Considerando que tu tens o vírus do HIV, quais as tuas preocupações com o teu bebê? Como te sentes?
- Tu estás fazendo alguma coisa para prevenir a infecção de teu bebê pelo vírus? O quê?

**6. Como tu imaginas que vai ser o bebê quando nascer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Que características físicas tu imaginas que o bebê vai ter?
- Como tu imaginas que vai ser o temperamento, o jeito dele? Por quê?
- Com quem tu achas que o bebê vai ser parecido? Por quê?
- Como tu achas que vai ser, caso o teu filho tenha um resultado positivo para HIV?
- E como vai ser se ele tiver resultado negativo?

**7. Como tu imaginas o teu relacionamento com o bebê quando ele nascer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como tu te imaginas sendo mãe deste teu filho? O que esperas dessa nova experiência?
- Como tu estás te sentindo como mãe neste momento?
- Tu estás tendo alguma dificuldade?
- Como tu descreverias uma boa mãe?
- Tu pensas em alguém como modelo de mãe? Quem seria?
- Como ela é/era como mãe?
- Tu evitas algum modelo de mãe que tu já conhecestes?
- E a tua mãe, como ela era contigo? O que tu lembras?
- Tu achas que o teu jeito de cuidar do teu filho vai ser parecido ou diferente do dela?
- E o teu pai, como ele era contigo? O que tu lembras?
- Tu achas que o teu jeito de cuidar do teu filho vai ser parecido ou diferente do dele?
- Como tu te imaginas atendendo o teu bebê? (ex. alimentando, consolando, brincando, fazendo dormir)
- Como tu te imaginas lidando com o bebê quando ele chorar (não quiser dormir, recusar-se a se alimentar)?
- Tu achas que ter o vírus HIV afeta a maternidade? O quê? Como te sentes?

2  
3  
4  
5

8. O que tu já pensaste sobre a alimentação do teu bebê quando ele nascer?

*(Caso tenha mencionado a intenção de amamentar ao seio):*

*(Tu sabes que os médicos recomendam que as mães com HIV não devem amamentar ao seio para evitar que o bebê contraia o vírus pelo leite da mãe? Neste caso, todas as mães recebem o leite em pó especial e você vai ser instruída pela equipe médica a não amamentar).*

- Tu já sabias disto?

*(Se não sabia que não deve amamentar ao seio):*

- Como tu te sentes ao saber que não poderás amamentar o teu bebê ao seio?

- Você tem alguma preocupação em relação à alimentação do teu bebê?

- Como tu imaginas que será alimentar o teu bebê com a mamadeira? Como te sentirás nestes momentos?

- E se o bebê não quiser tomar a mamadeira, com tu vai lidar com isto?

- Tu achas que alguém poderá te ajudar na alimentação do bebê? Quem será? Em que ele/ela poderá ajudar?

- Na tua família, as mulheres costumam amamentar? Elas sabem que tu não poderás amamentar?

*(Se tiver outros filhos):* Como foi a tua experiência de alimentação com teus outros filhos?

*(Se já saiba que não deve amamentar ao seio):*

- Como foi receber a notícia de que não poderás amamentar ao peito? Quem te contou? Como te sentiste?

- Você tem alguma preocupação em relação à alimentação do teu bebê?

- Como tu imaginas que será alimentar o teu bebê com a mamadeira? Como te sentirás nestes momentos?

- E se o bebê não quiser tomar a mamadeira, com tu vai lidar com isto?

- Tu achas que alguém poderá te ajudar na alimentação do bebê? Quem será? Em que ele/ela poderá ajudar?

- Na tua família, as mulheres costumam amamentar? Elas sabem que tu não poderás amamentar?

*(Se tiver outros filhos):* Como foi a tua experiência de alimentação com teus outros filhos?

9. O quanto tu achas que o bebê irá mudar a tua vida e a do pai do bebê?

*(Caso não tenha mencionado):* Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Em que aspectos tu pensas que ocorrerão mudanças?

- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?

- E quanto ao relacionamento de vocês dois? O quanto será afetado pelo nascimento do bebê? Em que aspectos?

- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?

10. O que tu esperas para teu/tua filho/a no futuro?

*(Caso não tenha mencionado):* Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como tu imaginas que vais criar o teu filho(a)?

- Quais as tuas preocupações em relação ao teu filho(a)?

- O que tu não gostarias para ele(a)?

- Como tu achas que o vírus vai afetar a tua relação com a tua criança?

11. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre os pontos que a gente conversou?

## 1 14.4. Anexo 07: Parecer CEPAS-FURG



**CEPAS / FURG**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 058/ 2013**

**CEPAS 30/2013**

Proc.: 23116.002047/2013-39

**Título: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM PUÉRPERAS: ASPECTOS SOCIAIS, SOFRIMENTO PSÍQUICO E QUALIDADE DE VIDA COM HIV/AIDS**

Pesq. Resp.: Rubens Caurio Lobato

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 033/2013, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM PUÉRPERAS: ASPECTOS SOCIAIS, SOFRIMENTO PSÍQUICO E QUALIDADE DE VIDA COM HIV/AIDS".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/07/2017

Rio Grande, RS, 25 de abril de 2013.

  
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

1	<b>15. Apêndices</b>
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	

1 **15.1. Apêndice 01: Termo de consentimento livre e esclarecido**

2  
3 **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**  
4 **Universidade Federal do Rio Grande**  
5  
6  
7  
8

9 O propósito desse estudo é observar as representações sociais sobre a gestação na presença  
10 do HIV, aspectos sociais, sofrimento psíquico, qualidade de vida e vínculo mãe-filho em puérperas  
11 atendidas no Ambulatório do HU-FURG.  
12

13 Para participar, solicitamos que você responda ao questionário anexo a este termo de  
14 consentimento, bem como aceite ser entrevistada para que possamos conhecer algumas informações  
15 a seu respeito. Suas respostas são importantes para a realização da pesquisa. Além disso, pedimos  
16 autorização para que, caso seja necessário, informações sobre a sua ficha de pré-natal/parto possam  
17 ser consultadas, junto ao Serviço de Arquivo Médico – SAME-HU-FURG.  
18

19 **Sua participação nesse estudo é voluntária e o único critério de inclusão é ser maior de**  
20 **18 anos de idade. Caso você não queira participar, continuará a receber o melhor tratamento**  
21 **nesse serviço. Você não pagará nada para participar desse estudo. Você não será paga por**  
22 **estar no estudo. Suas informações, resultados dos exames laboratoriais e sua identidade serão**  
23 **mantidos estritamente confidenciais e você não será identificado sob forma alguma.**  
24

25 **Uma vez que você leu (ou lhe foi explicado) e entendeu o propósito desse estudo, os**  
26 **procedimentos que serão realizados, os riscos e benefícios, e você VOLUNTARIAMENTE**  
27 **concorda em participar, favor assinar seu nome abaixo:**  
28

29 Assinatura: \_\_\_\_\_  
30

31  
32 Rio Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2013.  
33  
34

35 Se, após concordar em participar, você tiver qualquer dúvida a respeito do estudo ou dos  
36 seus direitos, você pode contatar com os pesquisadores Rubens Caurio Lobato (53-91513097) e  
37 Dra. Ana Maria Barral Martinez (32338857).  
38