

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE GESTANTES PORTADORAS DE HIV EM UM HOSPITAL E MATERNIDADE

SOCIODEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC PROFILE OF HIV-POSITIVE PREGNANT WOMEN IN A HOSPITAL AND MATERNITY HOSPITAL

Francisca Irvna Mesquita Cisne¹, Natalia Abreu Silva Vieira¹, Ana Katarina Moura Ximenes¹, Ana Raquel Araújo¹, Fernanda Mesquita Magalhães¹, Victor Matheus Gouveia Nogueira¹, Francisco Carlos de Oliveira Santos Júnior¹, Maria Auxiliadora Silva Oliveira²

¹ Acadêmico(a) do Curso de Medicina do Centro Universitário Inta – UNINTA, membro da Liga Acadêmica de Embriologia Integrada à Histologia – LAEH.

² Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Inta – UNINTA, membro da Liga Acadêmica de Embriologia Integrada à Histologia – LAEH.

Autor correspondente: Francisca Irvna Mesquita Cisne
Contato: myresearchbio@hotmail.com

RESUMO

Infecções Sexualmente Transmissíveis crescem exponencialmente e afeta todos os grupos sociais e ciclos de vida, sobretudo, em gestantes, pela condição/fase de maior vulnerabilidade imunológica e psicoemocional. O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes portadoras de HIV em um hospital e maternidade. Trata-se de estudo de caráter exploratório, quantitativo, retrospectivo e com análise documental. Foram utilizados dados dos prontuários de parturientes de um hospital do interior do estado do Ceará. As variáveis analisadas foram relacionadas ao perfil sociodemográfico/obstétrico de gestantes portadoras de HIV. Do total de 1.150 prontuários analisados, 04 gestantes foram diagnosticadas como HIV positivas, correspondendo a 0,35%. Em relação ao estado civil, prevaleceram as casadas (50%); predominou o parto cesáreo (75%); o número de consultas foi de sete ou mais 4/4 (100%); em relação à idade gestacional no parto, houve predomínio de 37 a 41 semanas 3/4 (75%). O perfil traçado de gestantes positivas para HIV constituiu importantes subsídios a serem observados pelos órgãos públicos, como gestação em idade jovem, para dirigir as ações de Saúde Pública.

Palavras-chave: Gestantes. HIV. Perfil do portador.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections grow exponentially and affect all social groups and life cycles, especially in pregnant women, due to their condition/phase of greater immunological and psycho-emotional vulnerability. The aim of this study was to describe the sociodemographic and obstetric profile of HIV-positive pregnant women in a hospital and maternity hospital. This is an exploratory, quantitative, retrospective study with document analysis. Data from medical records of pregnant women from a hospital in the interior of Ceará state were used. The variables analyzed were related to the sociodemographic/obstetric profile of HIV-positive pregnant women. From a total of 1,150 records analyzed, 04 pregnant women were diagnosed as HIV positive, corresponding to 0.35%. Regarding marital status, married women prevailed (50%); cesarean delivery predominated (75%); the number of consultations was seven or more 4/4 (100%); regarding gestational age at delivery, there was a predominance of 37 to 41 weeks 3/4 (75%). The profile traced of HIV-positive pregnant women constituted important subsidies to be observed by public agencies, such as gestation at a young age, to direct Public Health actions.

Keywords: Carrier profile. HIV. Pregnant women.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) cresce exponencialmente e afeta todos os grupos sociais e ciclos de vida, sobretudo, em gestantes, pela condição/fase de maior vulnerabilidade imunológica e psicoemocional. A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, cujo agente etiológico HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana), é uma IST que pode ser transmitida, de forma vertical, para o feto¹.

Nos casos de HIV, foi registrado no último boletim epidemiológico do HIV/Aids (2017) que a infecção cresce mais entre os jovens brasileiros na faixa etária de 20 a 34 anos (52,7%), incluindo as gestantes, o que aumenta a possibilidade de transmissão vertical².

Através dos dados informados, é possível observar que existem dificuldades relacionadas ao diagnóstico dessas infecções nas gestantes, principalmente, no momento inicial da gestação. Dentre outros motivos, podem estar relacionadas a questões organizacionais, necessidade de recursos institucionais e profissionais treinados³.

As formas de transmissão do HIV, como os fatores que predis põem o contágio dessas infecções, relacionam-se com as práticas sexuais inseguras que aumentam a transmissão e aquisição do HIV. Além disso, também expõem o paciente e o deixam mais suscetível a contrair outras IST como sífilis. Sendo assim, essas condições explicam a presença importante de coinfeção em gestantes⁴.

A epidemia da infecção pelo HIV tem atingido camadas mais pobres da sociedade, sendo comum encontrar, entre as gestantes portadoras do vírus, precárias condições de moradia, baixa escolaridade e atividades profissionais restritas⁵.

A prevalência dessas infecções varia e depende de muitos fatores de âmbitos como social, cultural, geográfico, climático e taxa de transmissão⁴. Desse modo, é necessário que os principais fatores responsáveis pela prevalência dessas IST sejam combatidos, facilitando, assim, o diagnóstico e à eficácia do tratamento, devido a sua disponibilização pelo sistema único de saúde (SUS) e seus resultados satisfatório se feito corretamente.

Com a finalidade de se conhecer o perfil dessas gestantes e poder, de certa forma, contribuir com estudos/práticas de acompanhamento diferenciado para tal público, o presente estudo teve como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes portadoras de HIV em uma maternidade da cidade de Sobral, Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caráter exploratório, quantitativo, retrospectivo e com análise documental. Foram utilizados como fonte de dados os prontuários impressos de parturientes atendidas em um hospital e maternidade da cidade de Sobral (CE), Brasil.

Os participantes da pesquisa foram gestantes em acompanhamento de pré-natal atendidas no referido serviço de saúde, cujos prontuários datassem do ano de 2015. Utilizou-se prontuários que já estavam armazenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do referido hospital, escolhendo o ano mais recente na época da coleta, que se deu em 2016.

A coleta de dados foi realizada pelos próprios pesquisadores pré-treinados, sendo avaliados 1.150 prontuários, dos quais 1.146 pacientes não apresentavam afecção pelo vírus HIV, restringindo a amostra da população estudada para quatro (04) pacientes. Foram excluídas as fichas e/ou prontuários de anos diferentes do tempo pré-estabelecido.

A coleta de dados ocorreu em 2017, por meio de um instrumento elaborado pelos autores, no qual constavam as seguintes informações: faixa etária das parturientes infectadas por HIV, nível de escolaridade, estado civil, profissão, tipo de parto, número de consultas pré-natal realizadas e idade gestacional. Os dados foram digitados em Microsoft Excel para a elaboração das tabelas. Os resultados foram expressos em frequências absolutas e relativas.

Para a classificação da faixa etária das gestantes, dividiu-se nos seguintes grupos: o Grupo I referente às parturientes com faixa etária compreendida entre 15 a 19 anos; o Grupo II correspondeu ao grupo de mulheres entre 20 a 25 anos; o Grupo III 26 a 30 anos e, por último, o composto por grávidas acima dos 35 anos. Em relação ao estado civil, foi estratificado em casada, solteira e união estável.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), tendo sido aprovada com número de parecer 1.402.425 e CAAE 50650115.2.0000.5053.

RESULTADOS

Na Tabela 1, a seguir, estão expostos os números de mulheres portadoras de HIV, encontrados nas investigações dos prontuários.

Tabela 1 – Número e proporção de gestantes portadoras de HIV+ de um hospital e maternidade do interior do Ceará/ Brasil

	N	%
Total de prontuários analisados	1.150	100
Parturientes sem afecção	1.146	99,65
Portadoras de HIV	04	0,35

Ao analisar os dados, identificou-se que 1.146 (99,65%) das gestantes não estavam infectadas pela doença em questão e 04 (0,35%) estavam infectadas pelo vírus HIV.

A Tabela 2 mostra o perfil sociodemográfico (faixa etária, escolaridade, estado civil e profissão) e obstétrico (tipo de parto, número de consultas pré-natal e idade gestacional) dessas parturientes.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes portadoras de HIV+ em um hospital e maternidade do interior do Ceará/Brasil

	N	%
Faixa etária (anos)		
De 15-19	01	25
De 20-25	02	50
De 26-30	01	25
De 31-35	-	-
Escolaridade		
Fundamental II	01	25
Médio	03	75
Estado civil		
Casada	02	50
União estável	01	25
Solteira	01	25
Profissão		
Lar	04	100
Tipo de parto		
Cesária	03	75
Vaginal	01	25
Número de consultas pré-natal		
De 1-3	-	-
De 4-6	-	-
> 7	04	100
Idade gestacional (semanas)		
De 22-27	-	-
De 28-36	01	25
De 37-41	03	75
> 42	-	-

Para os resultados sociodemográficos referentes à faixa etária de gestantes portadoras de HIV, percebe-se (Tabela 2) um predomínio entre 20-25 anos (33,33%).

Para o resultado do grau de escolaridade, ainda na Tabela 2, as portadoras de HIV estiveram com prevalência no nível médio (75%).

De acordo com análise dos dados, em relação ao estado civil, as casadas predominaram entre as HIV positivas (50%).

Referente à profissão declarada nos prontuários, pode-se observar, na Tabela 2, todas elas, tanto as HIV positivas quanto as infectadas por sífilis, eram donas de casa (do lar).

Para os resultados do perfil obstétrico, no que diz respeito ao tipo de parto realizado nestas mulheres, 75% das portadoras de HIV realizaram parto do tipo cesariano.

Em relação ao número de consultas pré-natal realizadas por estas gestantes, 100% das HIV positivas realizaram sete ou mais consultas ou para o último resultado do perfil obstétrico, a idade gestacional, prevaleceu, entre as gestantes HIV positivas, a idade de 37 a 41 semanas (75%).

DISCUSSÃO

De acordo com os dados analisados, dentre os 1.150 prontuários, foi documentada uma prevalência de infecção pelo HIV entre gestantes de 0,35%. Este percentual foi superior àquelas estimados pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde divulgado, em 2017, onde esse órgão aponta para 2015 um total de 0,29% de casos entre gestantes. A detecção de gestantes com HIV no Brasil vem aumentando nos últimos dez anos⁵. Esse levantamento de dados foi realizado em 2015 e o número registrado em gestantes infectadas encontrava-se superior àquele estimado pelo Ministério da Saúde.

Em relação à variável “faixa etária”, percebe-se que predominou as mulheres HIV positivas na faixa entre 20-25 anos (50%) conforme visto na Tabela 2. Os resultados sociodemográficos para a faixa etária estão condizentes com aqueles encontrados em um estudo do panorama epidemiológico em gestantes HIV positivas para o nordeste do Brasil, onde os autores verificaram uma predominância na faixa de 20 a 29 anos⁵.

No entanto, as IST não são um risco exclusivo das populações mais socialmente vulneráveis. No presente estudo, a maioria das parturientes portadoras de HIV possuíam ensino médio completo, ou seja, mais de 8 anos de estudos (Tabela 2). Esse resultado assemelha-se aos obtidos no Brasil, que relataram a predominância de pessoas com nível de escolaridade maior entre as mulheres portadoras de IST⁶.

O grau de escolaridade vem sendo utilizado como um importante indicador análogo às variáveis socioeconômicas. Dessa forma, o aumento da proporção de casos de AIDS em indivíduos com menor grau de instrução tem sido um indicativo de disseminação da epidemia para camadas menos favorecidas da sociedade, descritas como pauperização da epidemia⁷. Esse menor grau de instrução é indicativo do pouco acesso às informações para prevenção da transmissão vertical⁸.

Em relação ao estado civil, 04 destas mulheres afirmaram ter companheiro (união estável ou casada), como visto na Tabela 2. Os dados relacionados as gestantes HIV positivas, que demonstram a prevalência entre mulheres com parceiros sexuais fixos (casadas ou em união estável), reforçam o que foi observado em diversos estudos recentes que evidenciaram o aumento de casos de doenças sexualmente transmissíveis em uniões ditas estáveis e a forte associação entre estar casada ou em união estável com a soro-positividade. Isso se deve ao não-diagnóstico do parceiro e à falta de uso do preservativo nas uniões estáveis⁹.

Outro ponto analisado foi a ocupação (profissão) dessas gestantes, onde todas (100%) declararam ser do lar. Esses resultados corroboram aqueles encontrados para um estudo realizado em Santarém (Pará), onde os autores identificaram todas as gestantes afirmando exercer suas atividades laborais “no lar”⁸.

Em um outro estudo, também da mesma natureza, realizado na zona rural no estado do Pará, os autores encontraram 92,68% das gestantes em ocupação não remunerada (do lar). Esses mesmos autores afirmam que a baixa frequência de atividades remuneradas entre as gestantes impacta negativamente na renda familiar⁵.

Também é importante pontuar que ter AIDS ou HIV ainda é visto pela sociedade como um tabu e causa constrangimento e vergonha a quem tem a doença, principalmente pela preocupação com a opinião do próximo. Diante disso, as mulheres optam por esconder o fato de que estão doentes, por conta da discriminação e do medo de perder o emprego¹⁰.

Para a variável “tipo de parto”, conforme visto na Tabela 2, 75% destas gestantes tiveram parto do tipo cesariano. A literatura cita que, nos casos onde as parturientes apresentam IST, como a AIDS, a forma mais segura de garantir a segurança do feto é optar pelo parto cesariano, uma vez que o parto vaginal tem chances muito maiores de resultar em contaminações do bebê, pois as lesões ao canal vaginal deixam o bebê muito mais exposto ao sangue da mãe, como também o risco de transmissão ver-

tical de HIV/AIDS é aumentado pelo tempo de exposição do feto no útero. Logo o parto vaginal é o menos indicado nessas situações por aumentar a chance de transmissão, sendo esse indicado somente se a gestante estiver com supressão da carga viral sustentada pelo uso de antirretrovirais¹¹.

Vale salientar, que as taxas de contaminação, em neonatos, eram extremamente maiores quando o parto normal era o padrão nos hospitais, contudo, ao mudar para o parto cesariano, observou-se que os índices de infecção caíram para 2%, mostrando a eficiência do parto cesáreo na profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS¹².

Hodiernamente, sabe-se que a melhor medida profilática contra a transmissão do HIV em neonatos é ter os devidos cuidados antes, durante e depois do parto¹². Esses cuidados podem ser disponibilizados pela gestante durante o período pré-natal. No presente estudo, foi verificado um resultado satisfatório para o número de consultas pré-natal realizadas pelas HIV positivas, onde 100% delas realizaram sete ou mais consultas (Tabela 2).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde recomenda, por meio da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, a realização de, no mínimo, seis consultas pré-natal, preferencialmente uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação¹³. Concomitantemente, para o HIV, também se orienta a realização de sorologia no pré-natal. Outrossim, alguns estudos referem como principal benefício da adesão da gestante soropositiva aos cuidados no pré-natal, parto e puerpério, a redução na transmissão vertical do HIV¹⁴.

Essa atitude impõe aos gestores das políticas públicas de saúde o dever de garantir estratégias eficazes para o rastreamento do HIV nas gestantes, protegendo o bebê no pré-natal, parto e puerpério quando a mãe está contaminada. Logo, a facilidade de diagnóstico e o conhecimento precoce, associado ao tratamento adequado, constituem premissas indispensáveis para a redução dessas prevalências^{15,16,17}.

O pré-natal também pode garantir o diagnóstico precoce de tal enfermidade. O acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento adequado dessas infecções nas gestantes é fundamental para a prevenção, como também na resolução dessas doenças, a fim de que as consequências para a mãe e o conceito sejam minimizadas⁵.

O controle da transmissão vertical da AIDS só será possível quando forem assegurados o diagnóstico precoce e o tratamento, de forma eficaz e acessível, sobretudo para pacientes jovens que são as mais expostas¹⁸.

Em uma pesquisa realizada na zona rural do estado do Pará, onde os autores investigaram o pré-natal de gestantes HIV e sífilis, encontraram, incluindo as consultas médicas e de enfermagem, 73,17% (30/41) das gestantes com mais de seis consultas durante o pré-natal. Esses resultados positivos corroboram os encontrados nessa pesquisa, onde o grande percentual realizou de sete ou mais consultas⁵.

A avaliação da assistência pré-natal tem espaço importante na atenção à saúde da população. Ações programadas inerentes ao pré-natal permitem o acompanhamento e o cuidado da gestante durante todo ciclo gravídico, sendo possível identificar situações de risco entre mãe-feto, como também permite agir de forma precoce contra doenças, sobretudo, as IST¹⁷.

Para a variável “idade gestacional” prevaleceu a gestação com duração de 37 a 41 semanas. Já o HIV, ainda que o diagnóstico ocorra apenas no final da gestação ou na admissão para o parto, permite a prevenção de grande número de casos, já que 13 a cada 20 transmissões verticais ocorrem no período periparto^{17, 19}.

O presente trabalho traz como limitações de seus resultados a não justificativa sobre a profissão apontada pelas pacientes, onde todas declararam como do lar. Essa condição pode estar relacionada a essas mulheres não conseguirem inserção no mercado, devido ao preconceito em decorrência de serem portadoras do vírus, no entanto, nos prontuários, isso não é especificado.

CONCLUSÃO

Foi revelado um resultado muito importante no presente estudo, quando se verificou que 0,35% dos pacientes são portadoras de HIV realizando parto vaginal, entre 25% delas.

O perfil de gestantes portadoras de HIV, em uma maternidade da cidade de Sobral, Ceará é de mulheres entre 20 e 25 anos, com ensino médio, casadas, donas de casa (do lar), que tiveram parto do tipo cesariano e realizaram sete ou mais consultas pré-natal.

REFERÊNCIAS

- 1.OPAS Brasil. Organização Mundial da Saúde publica novas estimativas sobre sífilis congênita [acesso em 14 fev 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812
- 2.Lopes ACUMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR, Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. Rev Bras Enferm. 2016; 69(1):54-8.
- 3.Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. Rev Panam Salud Publica. 2016; 40(6):435–42.
- 4.Maia MMM, Lage EM, Moreira BCB, Deus EAB, Faria JG, Pinto JÁ, et al. Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte. Rev Bras Gineco Obst. 2015; 37(9):421-7.
- 5.Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2018; 9(1):33-39.
6. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Panorama epidemiológico do HIV/AIDS em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. Rev Bras Enf. 2018; 71(1):568-576.
- 7.Bick MA, Ferreira T, Sampaio CO, Padoin SMM, Paula CC. Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2018; 18(4):791-801.
- 8.Nascimento VB, Nascimento NVM, Oliveira JSS, Bezerra LO, Faria DN, Ciosak SI et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos de gestantes com HIV/AIDS atendidas em um centro de referência em saúde da mulher do município de Santarém, Pará, Brasil. J Health Sci Inst. 2018; 36(2):109-114.
- 9.Araújo LMA, Guanabara MAO, Nunes AS, Albuquerque ABB. Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis: desafios no âmbito da saúde coletiva. Fortaleza: EdUECE; 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS, e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Friedrich L, Menegotto M, Magdaleno AM, Silva CL. Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. Bol Cien Pediatr. 2016; 05(3):81-6.
12. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRBS, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev Saúde Pública. 2014; 48(5):766-774.
13. Prevati SM, Vieira DM, Barbieri M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. J Health Biol Sci. 2019; 7(1):75-81.
14. Dias CLO, Silva Junior RF da, Barros SMO. Análise da qualidade da assistência pré-natal no âmbito da estratégia de saúde da família. Rev Enferm UFPE. 2017; 11(6):2279-87.
15. Souza IA, Serinolli MI, Novaretti MCZ, Souza DCC. Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sis prenatal. Prisma.com. 2016; 32:127-147.
16. Amaral FE, Amarante PO, Andrade RVP, Resende U, Marangoni MC, Cruz R et al. Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. Clin Biomed Res. 2016; 36(3): 124-134.

17. Agência Brasil. Pessoas com HIV continuam discriminadas no mercado de trabalho [acesso em 14 fev 2020]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2018-07/pessoas-com-hiv-continuam-discriminadas-no-mercado-de-trabalho>
18. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Rev Latinoam Enferm. 2018, 26: e3019, 1-10.
19. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciên Saúde Colet. 2018; 23(2):563-574.