

Panorama epidemiológico do HIV em gestantes indígenas e não indígenas no estado do Pará

Epidemiological overview of HIV in indigenous and non-indigenous pregnant women in the state of Para

Lidiane de Nazaré Mota Trindade¹ , Laura Maria Vidal Nogueira² , Elisângela Silva Gomes¹ , Juarez Távora Guimarães Neto¹ , Nataly Yuri Costa¹ , Sávio Felipe Dias Santos¹ , Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues² 

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes indígenas e não indígenas no estado do Pará. **Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal, realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação referentes ao período de 2010 a 2017. **Resultados:** As taxas de detecção de HIV em gestantes apresentaram tendência de crescimento nos dois grupos étnicos. O acompanhamento pré-natal mostrou-se importante para a triagem sorológica do HIV nas populações estudadas. **Conclusão:** Os elevados índices de HIV em gestantes, especialmente entre indígenas, evidenciam a necessidade de adequação da política e diretrizes de prevenção do HIV/aids de modo a torná-las culturalmente adequadas para os diferentes contextos étnicos. Além disso, torna-se imprescindível a ampliação das medidas de prevenção e diagnóstico do HIV em momentos que antecedem a gestação a fim de interromper a cadeia de transmissão do vírus.

Descritores: Infecções por HIV; Gestantes; Saúde de Populações Indígenas; Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiologic profile of HIV infection in indigenous and non-indigenous pregnant women in the state of Para. **Methodology:** Cross-sectional epidemiologic study based on data from 2010 to 2017 collected from the *Sistema de Informação de Agravos de Notificação* (System for Notifiable Diseases). **Results:** HIV detection rates in pregnant women showed a growth trend in both ethnic groups. Prenatal care proved to be essential in the serological screening of HIV in the populations studied. **Conclusion:** The high rates of HIV among indigenous women point to the need to have culturally appropriate HIV/AIDS prevention policies and guidelines for different ethnic contexts. In addition, HIV prevention and diagnosis measures before pregnancy must be expanded to break the virus chain of infection.

Descriptors: HIV Infections; Pregnant Women; Health of Indigenous Peoples; Social Vulnerability.

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Belém (PA), Brasil. E-mails: lnmtrindade@gmail.com, ihanigomes@gmail.com, juareznetotavora@gmail.com, natalyyuricosta@gmail.com, saaviofelipe@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: lauramavidal@gmail.com, ilar@globo.com

Como citar este artigo: Trindade LNM, Nogueira LMV, Gomes ES, Guimarães Neto JT, Costa NY, Santos SFD, et al. Panorama epidemiológico do HIV em gestantes indígenas e não indígenas no estado do Pará. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em: _____];23:67563. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.67563>.

Recebido em: 01/02/2021. Aceito em: 30/06/2021. Publicado em: 17/08/2021.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) revelou-se, mundialmente, como grave problema de saúde pública em decorrência de suas altas taxas de morbimortalidade. No Brasil, a epidemia se propagou nas diferentes regiões do país, assumindo características epidemiológicas específicas nas diversas populações⁽¹⁻³⁾.

A expansão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente etiológico da aids, na população heterossexual brasileira foi acompanhada pelo aumento da incidência da infecção no público feminino, fenômeno conhecido como feminização da epidemia^(4,5).

Essa mudança no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV trouxe à tona a necessidade de ampliar a discussão sobre a vulnerabilidade dos indivíduos frente à infecção e revelou a importância da redefinição da concepção do HIV e de seus paradigmas, a exemplo, da classificação de grupo de risco, utilizada na primeira década da epidemia, associada a ideias rotuladoras e, portanto, reprodutoras de preconceito e estigmatização, nas quais estavam incluídos os homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis^(3,6).

Nesse contexto, a adoção do conceito de vulnerabilidade permitiu, ainda, traduzir a complexidade dos aspectos individual, social e político-programático nos quais a exposição ao HIV e ao adoecimento por aids estão associados, além de ampliar a compreensão sobre o fenômeno para a construção de políticas públicas mais efetivas⁽⁶⁾. Além disso, o aumento no número de casos de HIV em mulheres, sobretudo em idade reprodutiva, vem recebendo atenção especial no planejamento das ações de prevenção e controle do HIV/aids, pois essa condição pode contribuir significativamente para incremento nas taxas de transmissão vertical⁽⁷⁾.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV, refletindo aumento de 21,7% na taxa de detecção do HIV nessa população. As regiões Norte e Nordeste do Brasil foram as que apresentaram maiores incrementos nas taxas, ambas de 83,3% na última década⁽⁴⁾.

Acompanhando o panorama epidemiológico da região Norte, o Pará destacou-se com taxa de detecção de HIV em gestantes de 3,7 casos/mil nascidos vivos em 2019, índice superior ao nacional de 2,8 casos/mil nascidos no mesmo ano⁽⁴⁾. Dentre os 4.148 casos de gestantes com HIV notificadas no país no ano de 2020, 17 (0,4%) eram em mulheres indígenas⁽⁴⁾, contudo, as altas taxas de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) registradas nessa população, sugerem que as estatísticas disponíveis provavelmente subestimem o real⁽⁸⁻¹⁰⁾.

As ações de prevenção do HIV em populações indígenas configuram-se como importante desafio para a saúde pública do país, pois demandam um olhar atento para o respeito às especificidades culturais desses povos. Estima-se, no Brasil, a existência de 896.000 indígenas, distribuídos em 305 etnias diferentes, das quais 34 estão localizadas no estado do Pará^(11,12).

Do mesmo modo, o aumento do número de casos de HIV em mulheres indígenas relatado na literatura científica^(13,14) desafia a política brasileira de enfrentamento do HIV/aids pela diversidade cultural que permeia os diferentes modos de vida desses povos, demandando estratégias preventivas diferenciadas e culturalmente adequadas a cada grupo étnico⁽¹²⁾.

Apesar da multiplicidade cultural evidenciada nessa população específica, admite-se, que a vulnerabilidade de mulheres indígenas em relação ao HIV e demais ISTs está associada ao não usufruto de seus plenos direitos sexuais e reprodutivos, iniciação precoce da atividade sexual, práticas poligâmicas nos diferentes grupos étnicos, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixa adesão ao uso de preservativos, esporadicidade das ações de prevenção da infecção pelo HIV nas aldeias, entre outros^(9,15,16).

Nesse contexto, visualiza-se também, maiores possibilidades de transmissão vertical do HIV em indígenas, em comparação à população geral, atribuídas às desigualdades na cobertura pré-natal, nascimentos em aldeia sem acompanhamento adequado pela equipe de saúde, o que é agravado pelo costume da amamentação sem as devidas orientações^(10,16).

Estudos sobre infecções pelo HIV, destacando as especificidades de populações indígenas, são escassos no Brasil^(12,14), justificando a necessidade de produção de conhecimento científico que minimizem as lacunas relacionadas a dinâmica do HIV nesse grupo populacional. Assim, essa pesquisa teve por objetivo analisar o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes indígenas e não indígenas no estado do Pará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo-analítico, desenvolvido a partir de casos de HIV em gestantes indígenas e não indígenas no estado do Pará, notificados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN).

O Pará localiza-se na região Norte do Brasil, sendo constituído por 144 municípios, com população estimada de 8.690.745 habitantes em 2020. Os indígenas somam 39.081 habitantes, dos quais 24.428 são mulheres⁽¹¹⁾.

Os casos de HIV em gestantes foram solicitados à Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), sendo disponibilizados no formato de banco de dados, contendo as seguintes variáveis: raça/cor, idade, escolaridade, ocupação, evidência laboratorial do HIV.

Como critério de inclusão considerou-se os casos de HIV em gestantes residentes no estado do Pará, notificadas ao SINAN no período 2010 a 2017. A eleição do recorte temporal foi motivada pela disponibilidade dos dados, obtidos na SESPA. Foram excluídas as notificações duplicadas e aquelas cujas variáveis apresentavam

inconsistências em decorrência de preenchimento de dados de maneira equivocada.

A análise dos resultados se deu em duas etapas: na primeira, realizou a depuração das variáveis de interesse utilizando o *Microsoft Office Excel*® 2013 agrupando-as segundo a raça/cor, destacando população indígena e não indígena, posteriormente os dados foram submetidos à análise descritiva cujos resultados foram expressos em frequências relativas e absolutas.

Na segunda etapa foram calculadas as taxas de detecção de HIV, segundo ano de notificação, utilizando o número de nascidos vivos em população indígena e não indígena disponível no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) para a composição dos denominadores⁽⁴⁾. Para análise de tendência foi utilizado o modelo de regressão linear simples considerando as taxas de detecção como variáveis independentes e os anos de notificação, como dependentes. Essa técnica de análise permitiu a visualização do comportamento da taxa de detecção do HIV em gestantes

indígenas e não indígenas ao longo dos anos e a associação linear entre tempo (anos) e o coeficiente de detecção do HIV para cada grupo étnico.

Atendendo os preceitos éticos contidos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) sob o parecer de nº 2.997.808.

RESULTADOS

Foram analisados 2.492 casos de HIV em gestantes no estado do Pará dos quais sete foram identificados em indígenas, correspondendo a 0,3% dos casos. Os dados expressos na Tabela 1 evidenciam que a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou maior proporção nas duas populações, correspondendo a 59,92% (n=1.489) entre mulheres não indígenas e 57,14% (n=4) entre as indígenas.

Tabela 1. Perfil epidemiológico do HIV em gestantes indígenas e não indígenas, segundo variáveis sociodemográficas. Pará, Brasil, 2010–2017.

Variáveis	Indígenas		Não Indígenas	
	n=7	%	n=2.485	%
Idade (anos)				
>15	0	0	17	0,68
15 a 19	3	42,86	385	15,49
20 a 29	4	57,14	1.489	59,92
30 a 39	0	0	564	22,70
40 a 49	0	0	30	1,21
Escolaridade				
Analfabeta	0	0,00	19	0,76
Ensino Fundamental Incompleto	3	42,86	1.043	41,97
Ensino Fundamental Completo	2	28,57	191	7,69
Ensino Médio Incompleto	0	0,00	339	13,64
Ensino Médio Completo	0	0,00	447	17,99
Ensino Superior Incompleto	0	0,00	27	1,09
Ensino Superior Completo	0	0,00	32	1,29
Não informado	2	28,57	387	15,57
Ocupação				
Dona de Casa	4	57,14	1.154	46,44
Empregada Doméstica	2	28,57	373	15,01
Estudante	0	0,00	130	5,23
Outras	0	0,00	259	10,42
Não informado	1	14,29	569	22,90

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

Observou-se ainda, que a faixa etária de 15 a 19 anos foi a segunda mais prevalente entre indígenas, apresentando percentual expressivo de 42,86% (n=3) casos de HIV, enquanto entre as não indígenas a segunda faixa etária mais prevalente foi em mulheres mais velhas, com idade entre 30 e 39 anos, correspondendo a 22,70% (n=564) das notificações.

Quanto à escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto, com resultados semelhantes para as duas populações, cujo percentual foi de 41,97% (n=1.043) e 42,86% (n=3) para as não indígenas e indígenas, respectivamente. Ressalta-se o expressivo número de fichas de notificação sem preenchimento desse dado nos dois grupos étnicos.

Em relação à ocupação, verificou-se que a maior parte das gestantes indígenas e não indígenas são dona de casa, correspondendo a 57,14% (n=4) e 46,44% (n=1.154), respectivamente (Tabela 1).

Quanto à evidência laboratorial do HIV, os resultados apresentados na Tabela 2 mostram que 49,7% (n=1.235) das gestantes não indígenas descobriram sua condição sorológica durante o pré-natal e 31,35% (n=779) já tinham conhecimento do diagnóstico positivo para o HIV antes da gestação. Entre as indígenas, o acompanhamento pré-natal foi decisivo para identificação da sorologia, com 71,43% (n=5) dos casos notificados no período, e 28,57% (n=2) das notificações com confirmação diagnóstica para o HIV no momento do parto (Tabela 2).

Quanto à evolução dos casos, as taxas de detecção de HIV em gestantes apresentaram tendência de crescimento nos últimos anos para os dois grupos (Gráfico 1). Entre as não indígenas a taxa de detecção passou de 1,5 casos/mil nascidos vivos em 2010, para 3,4 casos/mil nascidos vivos em 2017, o que corresponde ao aumento de 126,65% no período, com média de crescimento de 0,3 casos/mil nascidos vivos ao ano. A maior taxa de detecção entre as não indígenas ocorreu no ano de 2017, com coeficiente de 3,4 casos/mil nascidos vivos.

Em relação às indígenas não foram notificados casos nos anos de 2010 e 2011. O ano de 2017 apresentou a maior

taxa de detecção com coeficiente de 1,4 casos/mil nascidos vivos e crescimento médio de 0,16 casos/mil nascidos vivos ao ano (Gráfico 1).

DISCUSSÃO

No período de 2010 a 2017 foram notificados no Brasil 59.069 casos de gestantes HIV positivas, dos quais 210 (0,3%) ocorreram em mulheres indígenas⁽⁴⁾. Essa proporção de casos entre as duas populações também foi observada neste estudo, cujos resultados apontam para o crescimento da taxa de detecção do HIV entre gestantes indígenas e não indígenas no estado do Pará, com índices bastante expressivos para os dois grupos étnicos⁽⁴⁾.

O aumento do número de casos de HIV em gestantes, nas duas populações, evidenciado neste estudo, ratifica a necessidade do reconhecimento dos condicionantes da vulnerabilidade feminina frente à epidemia, nos diferentes contextos étnicos^(3,9). É importante ressaltar que o impacto da infecção pelo HIV na população indígena não pode ser caracterizado apenas por números absolutos e/ou taxas. As dimensões socioculturais, econômicas, demográficas e geográficas de cada etnia, associadas ao processo de interação com a população não indígena, as expõem a fatores de risco singulares que levam à maior vulnerabilidade em relação aos demais grupos populacionais brasileiros^(2,14,16).

Em relação à mulher indígena, sua vulnerabilidade não está ligada apenas às questões culturais, em que pese a condição étnica ser um fator importante, sua análise isolada inviabiliza a compreensão do fenômeno de forma mais ampla, necessitando serem considerados outros aspectos significativos que potencializam a susceptibilidade do indígena à infecção pelo HIV⁽¹⁷⁾.

Tais aspectos estão relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, impossibilitando o conhecimento adequado sobre os modos de prevenção da infecção; os níveis socioeconômicos desfavoráveis, peculiar nessa população; a baixa escolaridade; a exploração econômica e desapropriação de suas terras por terceiros; a segregação social pelos sistemas de saúde; a subordinação política e cultural que os impedem do pleno exercício de seus direitos. Todos esses fatores agem sinergicamente para manutenção das iniquidades em saúde e propagação do HIV entre os indígenas^(13,14).

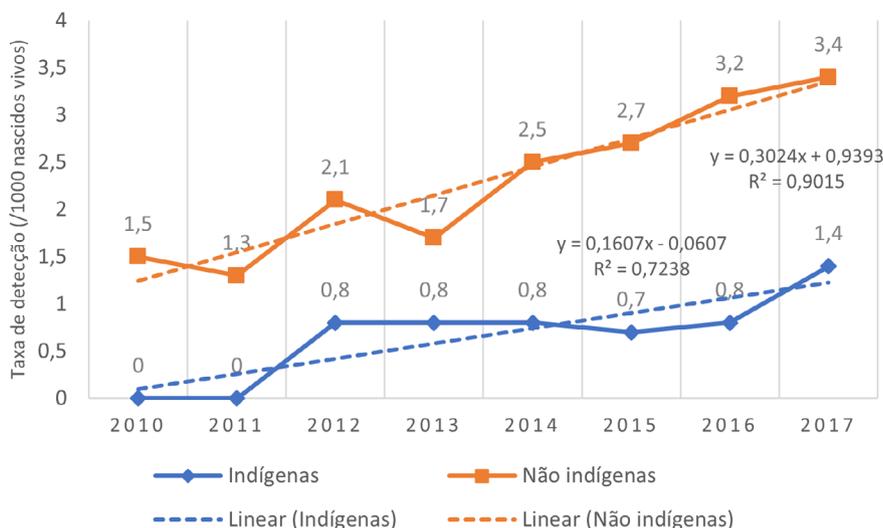
Os resultados demonstraram que as gestantes com sorologia positiva para o HIV apresentavam, predominantemente, faixa etária de 20 a 29 anos nas duas populações. Contudo, entre as indígenas, chama atenção o número significativo de casos de HIV em mulheres mais jovens, o que pode ser explicado pela iniciação precoce da atividade sexual nessa população⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado com 12 grupos étnicos distintos no Peru identificou que o início da atividade sexual entre indígenas ocorre entre 12 e 15 anos de idade, sendo mais precoce em mulheres.

Tabela 2. Distribuição de casos de HIV em gestantes indígenas e não indígenas, segundo evidência laboratorial. Pará, Brasil, 2010–2017.

Evidência laboratorial	Indígenas		Não indígenas	
	n	%	n	%
Antes do pré-natal	0	0	779	31,35
Durante o pré-natal	5	71,43	1.235	49,7
Durante o parto	2	28,57	403	16,22
Após o parto	0	0	34	1,37
Não informado	0	0	34	1,37

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



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

Gráfico 1. Taxa de detecção de HIV em gestantes indígenas e não indígenas, segundo ano de notificação. Pará, Brasil, 2010–2017.

Nesse caso, o início da vida sexual ocorre imediatamente após a menarca, por se tratar de um momento importante para os povos indígenas amazônicos, a partir do qual as jovens se preparam para assumir o papel de esposa e mãe⁽²⁾.

Cabe ressaltar que a atividade sexual precoce tem sido descrita na literatura como fator contribuinte para o aumento do risco de exposição à infecção pelo HIV e outras ISTs entre indígenas, principalmente em etnias cujas práticas sexuais extraconjugais são admitidas e que realizam rituais festivos nos quais as relações extramatrimoniais podem ocorrer^(2,9,12).

Outro aspecto relacionado ao maior risco de exposição ao HIV diz respeito à baixa escolaridade. Estudos têm demonstrado aumento de casos da infecção em indivíduos com menor grau de instrução e pertencentes a níveis sociais menos favorecidos, fenômeno conhecido como pauperização^(1,6,18). Nessa perspectiva, os resultados deste estudo são semelhantes aos descritos na literatura que relatam a ocorrência do HIV em pessoas com níveis de escolaridade predominantemente baixos.

Nesse sentido, achados semelhantes foram descritos em pesquisa desenvolvida no estado de Alagoas⁽¹⁾, no qual, 31,2% das gestantes com HIV declararam ter entre cinco e oito anos de estudo. Não obstante, estudo realizado, na Espanha, revelou que a maioria das mulheres com HIV (75,2%) afirmaram ter nível escolar secundário, equivalente ao ensino médio no Brasil⁽¹⁹⁾. Essa divergência nos resultados pode ser justificada pelo maior investimento na área educacional, em países de altas rendas quando comparado a países de baixa ou média renda⁽²⁰⁾.

Um aspecto relevante nesse contexto é o perfil de baixa escolaridade presente na população indígena, inferior a não indígena⁽²¹⁾. Esse fato, associado às barreiras socioculturais,

pode implicar em prejuízos para prevenção da infecção pelo HIV pela dificuldade de compreensão das orientações de prevenção disponibilizadas pela equipe de saúde, refletindo negativamente na redução de comportamentos de risco e, conseqüentemente, na qualidade da saúde desse grupo étnico^(14,15).

Considerando que a escolaridade é um marcador social importante, sua análise torna-se imprescindível para a identificação do perfil de alguns agravos de saúde, a exemplo o HIV/aids. Assim, o não preenchimento desse campo na ficha de notificação de HIV em gestantes, identificado nos dois grupos estudados, é preocupante, visto que incompletudes ou ausência de registros nos sistemas de informações impossibilitam análises mais aprofundadas sobre a dinâmica dos agravos em saúde, comprometendo o planejamento das ações de prevenção e estabelecimento de estratégias para seu enfrentamento⁽¹⁸⁾.

Em relação à ocupação das gestantes com HIV nas duas populações, a maior parte não mantinha vínculo empregatício. Achado frequente em estudos realizados em outros estados do país, nos quais as gestantes referiram exercer atividades restritas ao lar ou desempenhavam funções com baixos rendimentos^(1,6,22).

Historicamente, as atividades domésticas constituem papéis femininos, que somado à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, contribui para manutenção da dependência financeira de seus cônjuges e conseqüentemente para diminuição do poder de negociação quanto ao uso de preservativo durante as relações sexuais⁽⁶⁾.

Nas comunidades indígenas são frequentes as práticas de não adesão ao uso de preservativos durante as relações sexuais.

De modo geral, essa população não reconhece o preservativo como método de prevenção para infecções sexualmente transmissíveis, associando-o ao controle da natalidade⁽⁹⁾.

Outrossim, em algumas comunidades o seu uso tem sido desencorajado sob a afirmação de diminuição do prazer durante a atividade sexual. As cosmogonias de outros grupos indígenas desaconselham o uso do método, afirmando que o fluxo de fluídos trará forças ao corpo. Tais aspectos reforçam a vulnerabilidade dos indígenas frente ao HIV/aids, pois o comportamento sexual seguro é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão do HIV nos diferentes contextos étnicos^(13,17).

Para além dos aspectos sociodemográficos, a análise dos dados mostrou que a identificação da condição sorológica para o HIV, nas duas populações, se deu principalmente durante o pré-natal, confirmando a importância da triagem sorológica na gestante, com vistas a identificação de casos, realização precoce do tratamento antirretroviral e redução dos riscos de transmissão vertical para a criança^(18,23,24).

Nesse cenário, o enfermeiro exerce papel importante por participar ativamente no cuidado dessas mulheres durante a realização da consulta pré-natal, orientando sobre a terapia antirretroviral materna, suspensão da amamentação, inibição da lactação e cuidados ao recém-nascido, contribuindo para minimização dos fatores de riscos para a transmissão vertical⁽¹⁸⁾. Para tanto, torna-se imprescindível conhecer as particularidades socioculturais dos indivíduos, especialmente de grupos vulneráveis, a exemplo dos indígenas, e o desenvolvimento de habilidade intercultural, a fim de desenvolver educação em saúde voltadas para as medidas de prevenção ao HIV⁽¹²⁾.

Não obstante, a formação de enfermeiros para atuação no contexto intercultural tem se mostrado incipiente e não favorece a orientação de práticas sensíveis às necessidades de saúde dos povos indígenas, cujas percepções de saúde, doença, cura e tratamento possuem concepções diferenciadas em relação à população não indígena. Essas particularidades podem comprometer as ações de prevenção do HIV na população indígena e contribuir para o incremento nas taxas de infecção⁽⁸⁾.

Chama atenção ainda, o percentual expressivo (71,43%) entre as mulheres indígenas cuja identificação do HIV se deu em razão do acompanhamento pré-natal, demonstrando fragilidade nas ações de busca ativa na atenção primária, pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e reforçando a necessidade de ampliação das medidas de prevenção e diagnóstico do HIV em momentos que antecedem a gestação a fim de interromper a cadeia de transmissão do vírus.

A atenção à saúde indígena, sob o ponto de vista de sua estrutura interna, organiza-se por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), um modelo de assistência à saúde diferenciado, que deve valorizar os

ambientes étnicos e culturais, como espaços dinâmicos, promovendo a saúde com a oferta ininterrupta de serviços nas aldeias e executando ações estratégicas dos programas nacionais de prevenção e controle de agravos⁽¹⁵⁾.

Todavia, a literatura científica aponta para o distanciamento entre o modelo preconizado e os modos de atenção à saúde disponibilizados para a população indígena^(14,22). Problemas de ordem estruturais e organizacionais são descritos como fatores que comprometem a resolutividade das ações de controle e prevenção para o HIV/aids e outras ISTs, dentre os quais destacam-se a ausência de critérios de regulação dos pacientes indígenas nos serviços de saúde de média e alta complexidade, fragilidade na pactuação entre os diferentes distritos sanitários, pouca articulação entre os DSEI e os gestores municipais e estaduais para a prevenção da infecção pelo HIV, indisponibilidade de testes rápidos para detecção do HIV dificultando rastreamento de casos novos em tempo oportuno^(10,15).

O diagnóstico tardio do HIV tem se configurado como uma das principais barreiras para prevenção da infecção nas diferentes populações, contribuindo para sua propagação e manutenção da epidemia^(5,16). A identificação do HIV em tempo oportuno favorece o tratamento precoce, evitando o adoecimento e possibilitando maior sobrevivência da pessoa vivendo com HIV e aids (PVHA)⁽²⁵⁾.

Outro achado preocupante diz respeito ao número de casos confirmados para o HIV durante o parto nas duas populações. Sabe-se que o diagnóstico tardio impossibilita o início da terapia antirretroviral em tempo oportuno e conseqüentemente a supressão da carga viral, considerada fator preditor mais significativo para a transmissão vertical do HIV^(18,25).

Estudos referem que a principal causa para a não supressão viral do HIV antes do parto refere-se à adesão insuficiente ao tratamento, reforçando que a identificação tardia do vírus é fator desfavorável para a implementação de medidas profiláticas de forma efetiva e segura, de modo a garantir carga viral indetectável no momento do parto e, portanto, redução do risco de transmissão a índices menores que 2%^(8,22,25).

Os resultados apresentados evidenciam que as disparidades sociais determinam vulnerabilidades distintas para o HIV nos diferentes segmentos populacionais. Nesse contexto, torna-se imprescindível o reconhecimento das especificidades interétnicas para implementação de políticas públicas de saúde voltadas às populações prioritárias, isto é, de maior vulnerabilidade para o HIV/aids, a exemplo as populações indígenas^(9,14).

A limitação deste estudo refere-se ao uso de fonte secundária, que impõe entraves à qualidade das informações pelas incompletudes dos dados e subnotificações no sistema de informação.

CONCLUSÃO

O estado do Pará apresenta altas taxas de detecção de HIV em gestantes, com ênfase para as indígenas, cujo índice de detecção mostrou-se expressivo e crescente no decorrer dos anos estudados. Tais achados evidenciam a necessidade urgente de adequação da política e diretrizes de prevenção do HIV/aids de modo a torná-las culturalmente adequadas para os diferentes grupos étnicos.

O acompanhamento pré-natal mostrou-se relevante para diagnóstico da infecção na maioria dos casos notificados. Entretanto, identifica-se a necessidade de ampliação da testagem para identificação do HIV antes do período gestacional, a fim de realizar o diagnóstico precoce e adotar medidas para interromper a cadeia de transmissão do vírus, e assim promover a saúde das mulheres e seus filhos.

Os achados deste estudo indicam ainda, a necessidade de maior resolutividade dos serviços de saúde que assistem a população indígena, bem como investimentos na capacitação do enfermeiro, por participar ativamente das ações de prevenção do HIV, objetivando potencializar sua atuação e garantir a prestação de cuidados resolutivos tendo em vista a diversidade cultural dessa população específica.

Por fim, a análise e discussão da problemática do HIV em gestantes, poderão fornecer subsídios para o planejamento e implementação de ações estratégicas de saúde para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids tendo em vista o perfil da população com maior vulnerabilidade para a infecção nos diferentes contextos étnicos.

REFERÊNCIAS

1. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 10 nov. 2020];71(supl 1):613–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>.
2. Orellana ER, Alva IE, Cárcamo CP, García PJ. Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian amazon. *Qual Health Res* [Internet]. 2013 [acesso em: 30 out. 2020];23(9):1240–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732313502129>.
3. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acesso em: 23 out. 2020];25(3):602–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162627>.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/Aids [Internet]. Brasília, DF: MS; 2020 [acesso em: 28 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>.
5. Zimmermann JB, Duarte AMBR, Silva AC. Avaliação temporal da frequência da infecção do HIV em gestantes. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2017 [acesso em: 20 nov. 2020];37(3):198–202. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.71396>.
6. Chaves ACP, Sousa CSP, Almeida PC; Bezerra EO, Sousa GJB, Pereira MLD. Vulnerability to Human Immunodeficiency Virus infection among women of childbearing age. *Rev Rene* [Internet]. 2019 [acesso em: 24 nov. 2020];20:e40274. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040274>.
7. Domingues RMSM, Saraceni V, Leal MC. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em: 4 out. 2020];52(43):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052017439>.
8. Pícoli RP, Cazola LHO. Ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis ofertadas à população indígena. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em: 12 dez. 2020];25:e69552. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.69552>.
9. Benzaken AS, Sabidó M, Brito I, Bermúdez XPD, Benzaken NS, Galbán E, et al. HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. *Int J Equity Health* [Internet]. 2017 [acesso em: 25 set 2020];16(92):1–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-017-0589-8>.
10. Tiago ZS, Pícoli RP, Graeff SV-B, Cunha RV, Arantes R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011–2014. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em: 29 out. 2020];26(3):503–12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000300008>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012 [acesso em: 10 set. 2020]. 31p. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf.
12. Nóbrega RG, Oliveira NA, Lima EAR, Silva ACO, Almeida SA, Nogueira JA. Prevenção do HIV sob o olhar de mulheres indígenas potiguaras. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2020. [acesso em: 07 maio 2021];10(e64):1–23. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769241396>.

13. Ponce P, Muñoz R, Stival M. Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colect* [Internet]. 2017 [acesso em: 31 out. 2020];13(3):537–54. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1120>.
14. Graeff SV-B, Pícoli RP, Arantes R, Castro VOL, Cunha RV. Epidemiological aspects of HIV infection and AIDS among indigenous populations. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso em: 11 out. 2020];53(71):1–11. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000362>.
15. Gomes AC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em: 03 dez. 2020];35(5):e00132215. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132215>.
16. Portocarrero J. VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015 [acesso em: 7 nov. 2020];32(3):546–54. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a20v32n3.pdf>.
17. Nóbrega RG, Nogueira JA, Almeida SA, Marcolino ABL, Cananéa JNA, Bezerra VP. Saúde indígena em tempos de AIDS: revisão integrativa. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em: 5 nov. 2020];14(2):205–16. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155217>.
18. Trindade LNM, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Ferreira AMR, Corrêa GM, Andrade NCO. HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care. *Rev Bras Enferm* 2021 [acesso em: 23 jan. 2021];74(suppl 4):e20190784. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784>.
19. Hernando V, Alejos B, Montero M, Perez-Elias MJ, Blanco JR, Giner L, et al. Reproductive history before and after HIV diagnosis: a cross-sectional study in HIV-positive women in Spain. *Med* [Internet]. 2017 [acesso em: 15 ago. 2020];96(5):e5991. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005991>.
20. Moraes CSV. O ensino médio e as comparações internacionais: Brasil, Inglaterra e Finlândia. *Educ Soc* [Internet]. 2017 [acesso em: 11 nov. 2020];38(139):405–29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/es0101-73302017177657>.
21. Bastos JL, Santos RV, Cruz OG, Longo LAFB, Silva LO. Sociodemographic characteristics of indigenous population according to the 2000 and 2010 Brazilian demographic censuses: a comparative approach. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2017 [acesso em: 10 nov. 2020];33(suppl 1):e00085516. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00085516>.
22. Kleinubing RE, Eslava DG, Padoin SMM, Paula CC. Evaluation of the health attention to pregnant women with HIV: comparison between primary and specialized service. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019 [acesso em: 19 out. 2020];23(2):e20180258. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0258>.
23. Freitas JP, Sousa LRM, Cruz MCMA, Caldeira NMVP, Gir E. Antiretroviral therapy: compliance level and the perception of HIV/Aids patients. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 9 dez. 2020];31(3):327–33. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800046>.
24. Oliveira IG, Castro LLS, Massena AM, Santos LVF, Sousa LB, Anjos SJSB. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2017 [acesso em: 15 dez. 2020];19:a28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.40374>.
25. Sama CB, Fetei VF, Tindong M, Tanyi JT, Bihle NM, Angwafo FF. Prevalence of maternal HIV infection and knowledge on mother-to-child transmission of HIV and its prevention among antenatal care attendees in a rural area in northwest Cameroon. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [acesso em: 30 dez. 2020];12(2):e0172102. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172102>.

