



UNIVERSIDADE DO
PORTO

3.º
CICLO

FMUP
2025



A EXPERIÊNCIA DO PARTO NAS GESTANTES
VIVENDO COM O HIV

ANDRÉA PAULA DE
AZEVEDO

D 2025



A EXPERIÊNCIA DO PARTO NAS GESTANTES VIVENDO COM O HIV

ANDRÉA PAULA DE AZEVEDO
TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
ÁREA CIENTÍFICA BIOÉTICA

Andréa Paula de Azevedo

A EXPERIÊNCIA DO PARTO DAS GESTANTES
VIVENDO COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA (HIV)

Tese de Doutoramento em Bioética,
submetida à Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto.

Orientadora:
Professora Doutora Francisca Rego

Coorientadora:
Professora Doutora Cristina Barroso Hofer
Dra. Sofia B. Nunes

Porto – 2025

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese a minha mãe, **Suely Lourenço Azevedo** (*in memoriam*), poisera a pessoa nesse mundo que mais me amava e mais me apoiava incondicionalmente. Esse doutorado foi a forma mais honrosa que escolhi para vivenciar meu luto...e seguir honrando seus ensinamentos, me desenvolvendo, me melhorando enquanto ser humano e enquanto profissional. A senhora, minha mãe, todo meu agradecimento, reconhecimento, gratidão, admiração e amor eterno.

Dedico essa tese ao meu pai, **Joaquim de Souza Azevedo** (*in memoriam*), quem me incentivou a iniciar o doutorado depois de tanto tempo sem realizar atividade científica e a começar uma nova fase médica em Portugal. Ao senhor, meu pai, todo meu agradecimento pelo exemplo de ser humano e médico que foi e todo o meu agradecimento , reconhecimento, gratidão, admiração e amor eterno.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Inicialmente a Deus por permitir que eu tenha nascido nesta família maravilhosa me proporcionando uma vida tão abençoada;

Aos meus pais, Joaquim e Suely (*in memorian*), a quem devo tudo. O amor com o qual fui criada, a dedicação, os ensinamentos de ouro, o apoio e a compreensão em todos os momentos da minha vida foram fundamentais para a minha formação e para todas as minhas conquistas;

Aos meus avós Maria Emilia e Manoel (*in memorian*), que me ajudaram a ser quem eu sou;

Ao Professor Rui Nunes que me inspirou desde a sua primeira aula, na sede do CFM, trazendo força e leveza ao apresentar esse vasto mundo da Bioética, o que me encantou profundamente. Que honra ser sua aluna;

À Professora e orientadora Francisca Rego, sempre muito assertiva em suas colocações, e com isso enriquecendo muito meu aprendizado;

À Professora e co-orientadora Cristina Barroso Hofer sempre me apoiando no dia-a-dia, com sua experiência e visão crítica;

À Professora e co-orientadora Sofia B. Nunes por sua sempre disponibilidade em me orientar;

Ao meu querido professor Jorge Rezende Filho que me inspirou desde o meu internato e por estar sempre disponível em me orientar e ajudar em todos os momentos;

À Professora Luísa Castro, pelo apoio na análise estatística, na elaboração das

tabelas e na redação dos artigos. Sem os ensinamentos da Professora Luisa Castro essa tese não seria possível;

Aos meus colegas médicos, fonte de energia, luz e esperança nesse mundo louco que estamos vivendo; é por vocês, também, todo meu esforço e dedicação;

À todos os profissionais do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira que me ajudaram no desenvolver desta tese e na minha formação como médica;

Ao Conselho Federal de Medicina pela seriedade com a qual acompanha o Programa de Doutorado em Bioética em nosso país;

Ao Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto pela sua presença constante e pelo apoio em todos os momentos;

Aos colegas do doutorado, pela convivência tão instigante, enriquecedora e harmoniosa;

Ao meu querido amigo Paulo Santiago com seu apoio incondicional na arte da informática,

À todos os meus amigos que me ajudaram nesta caminhada;

À todos os que, de alguma forma, fizeram parte deste trabalho.

Muito obrigada.

No âmbito da tese de Doutorado em Bioética, foram publicados e/ou submetidos para publicação um total de 5 (cinco) artigos:

Artigos publicados:

Artigo 1: THE CHILDBIRTH EXPERIENCE OF PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV VIRUS: SCOPING REVIEW.

de Azevedo, A.P.; de Rezende Filho, J.F.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review. *Children* 2024, 11, 743. <https://doi.org/10.3390/children11060743>

Artigo 2: THE CHILDBIRTH EXPERIENCE OF PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV VIRUS.

de Azevedo, A.P.; Castro, L.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus. *J. Clin. Med.* **2025**, 14, 1975. <https://doi.org/10.3390/jcm14061975>

Artigo 3: MAJOR FACTORS CONTRIBUTING TO POSITIVE AND NEGATIVE CHILDBIRTH EXPERIENCES IN PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV.

de Azevedo, A.P.; Castro, L.; Hofer, C.B.; Rego, F. Major Factors Contributing to Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with HIV. *Behav. Sci.* 2025, 15, 442. <https://doi.org/10.3390/bs15040442>

Artigos submetidos para publicação:

Artigo 4: OBSTETRIC VIOLENCE AMONG PREGNANT WOMEN LIVING WITH VIRUS HIV

de Azevedo, A.P.; Rezende Filho, J.F.; Hofer, C.B.; Rego, F. Obstetric Violence Among Pregnant Women Living With Virus Hiv. Submetido na Revista Violence Against Women, 2025.

Artigo 5: BIRTH PLAN AS AN ADVANCED HEALTHCARE PLANNING FOR PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV: a proposal

de Azevedo, A.P.; Nunes, SB,; Hofer, C.B.; Rego, F. Birth Plan As An Advanced Healthcare Planning For Pregnant Women Living With Hiv: A Proposal. Submetido a Revista Bioética, 2025.

SUMÁRIO

1.MARCO TEÓRICO	21
1.1. A Situação da Infecção pelo vírus HIV em gestantes no Brasil e no Mundo e a Terapia antirretroviral	21
1.2. O Parto humanizado e suas diretrizes atuais	43
1.2.1 Particularidades da gestação e do parto nas gestantes vivendo com vírus HIV	50
1.3. A experiência de Parto	56
1.3.1. A experiência de Parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV	58
1.4. Os direitos das gestantes no Parto e a legislação existente no Brasil e em Portugal	63
1.5. Os princípios da Bioética e sua relação com o parto	67
1.5.1. Conceito de Bioética, Biodireito e Ética	67
1.5.2. A autonomia e a gestante vivendo com o vírus HIV	71
1.5.3. A justiça e a gestante vivendo com o vírus HIV	75
1.5.4. O princípio da beneficência e da não maleficiência e a gestante vivendo com o vírus HIV	77
1.5.5. Consentimento Informado e a gestante vivendo com o vírus HIV	78
1.5.6. Plano de Parto e a gestante vivendo com o vírus HIV	82
1.5.7. Plano de Parto como planejamento antecipado de saúde	87
2. OBJETIVOS	91
3. MÉTODOS	93
3.1. Tipo de estudo e local de realização	94
3.2. População do Estudo e cálculo amostral	94
3.2.1. População do Estudo	94
3.2.2. Tamanho Amostral	95
3.3. Instrumentos de recolha de dados	95
3.3.1. Questionário de dados sócio-demográficos e de gestação	96

3.3.2. Questionário do parto	96
3.3.3. Questionário de Mackey adaptado ao Brasil	96
3.4. Processo de recolha de dados	99
3.5. Questões éticas dos dados	99
3.6. Análise dos dados	100
4. RESULTADOS	104
5. DISCUSSÃO	141
5.1. Limitações do Estudo	171
6. CONCLUSÕES	176
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PESQUISAS FUTURAS	180
8 REFERÊNCIAS	186
9. APÊNDICES	213
9.1. Artigo 1	213
9.2 Artigo 2	229
9.3 Artigo 3	271
9.4. Artigo 4	290
9.5. Artigo 5	323
9.6. Autorização das Pesquisadoras Brasileiras para uso da Versão adaptada ao brasil do Questionário de Mackey	347
9.7. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	349
9.8. Folha de Informação à paciente	353
9.9. Termo de consentimento Informado Livre e esclarecido do paciente	355
9.10. Questionário de recolha de dados sócio-demográficos	360
9.11. Questionário de parto	362
9.12. Questionário de Mackey adaptado e validado ao Brasil	363

- 9.13 Proposta de Plano de Parto para as Gestantes vivendo com o vírus HIV ____367
- 9.14. Leis Portuguesas sobre a assistência à gestante e ao parto _____376

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. _____	105
Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à idade materna, raça, estado civil e escolaridade	
Tabela 2. _____	106
Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto ao estado ocupacional e profissão.	
Tabela 3. _____	107
Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à renda mensal, carga viral, uso de drogas ilícitas, uso de álcool e tabagismo	
Tabela 4. _____	108
Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à características da gestação	
Tabela 5. _____	109
Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à história obstétrica	
Tabela 6. _____	110
Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto ao parceiro, conhecimento prévio da infecção pelo vírus HIV e quanto ao conhecimento da gravidez:	
Tabela 7. _____	111
Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto aos dados do parto e do bebê:	
Tabela 8. _____	112
Satisfação das PWLWHIV no Parto segundo as subescalas do Questionário MCSRS	
Tabela 9. _____	113
Comparação das subescalas do MSCRS com a sensibilidade de dor pelas PWLWHIV nos partos	
Tabela 10. _____	114
Regressões simples para Satisfação Total do Questionário MCSRS	
Tabela 11. _____	115
Regressões múltiplas inicial e final para Satisfação Total do Questionário MCSRS	
Tabela 12. _____	116
Regressões simples para Subescala Auto-Satisfação do Questionário MCSRS	
Tabela 13. _____	117
Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Auto-Satisfação do Questionário MCSRS	

Tabela 14. _____	118
Regressões simples para Satisfação para Subescala Acompanhante de Parto do Questionário MCSRS	
Tabela 15. _____	119
Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Acompanhante de Parto do Questionário MCSRS	
Tabela 16. _____	120
Regressões simples para Subescala Satisfação com o bebê do Questionário MCSRS	
Tabela 17. _____	121
Rgressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação com o bebê do Questionário MCSRS	
Tabela 18. _____	122
Regressões simples para Subescala Satisfação com as enfermeiras do Questionário MCSRS	
Tabela 19. _____	123
Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação com as enfermeiras do Questionário MCSRS	
Tabela 20. _____	124
Regressões simples para Subescala Satisfação com os médicos do Questionário MCSRS	
Tabela 21. _____	125
Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação com os médicos do Questionário MCSRS	
Tabela 22. _____	126
Regressões simples para Subescala Satisfação Global Geral do Parto do Questionário MCSRS	
Tabela 23. _____	127
Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação Global Geral do Parto do Questionário MCSRS	
Tabela 24. _____	128
Tabela do resultado final de todas as regressões multiplas relativa a cada subescala MCSRS	
Tabela 25. _____	130
Percepção das Gestantes vivendo com o vírus HIV do trabalho de Parto e do Parto em relação as suas expectativas	
Tabela 26. _____	130
Percepção das Gestantes vivendo com o vírus HIV da Experiência do Trabalho de Parto e Parto em relação as suas expectativas.	

Tabela 27. _____	132
Correlações (Spearman) entre MCRS37, 38, 39 e 40, Satisfação de Parto Total e Satisfação de Parto Geral	
Tabela 28. _____	133
Percentual dos motivos que as PWLWHIV utilizaram para classificar a experiência do parto	
Tabela 29. _____	134
Grupo de respostas das PWLWHIV para explicar sua experiência de parto positiva	
Tabela 30. _____	140
Avaliação das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto á utilidade do Plano de Parto	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. _____	135
Percentual de experiência positiva, nem positiva nem negativa e negativa nas PWLWHIV	
Figura 2. _____	136
Razões positivas para Satisfação no parto das PWLWHIV	
Figura 3. _____	137
Razões negativas para Satisfação no parto das PWLWHIV	
Figura 4. _____	138
Gráfico de como a Experiência de trabalho de parto foi em comparação ao que a gestante esperava.	
Figura 5. _____	138
Gráfico de como a Experiência de parto foi em comparação ao que a gestante esperava	
Figura 6. _____	139
Gráfico de como a Experiência de trabalho de parto foi comparando primípara e multipara.	
Figura 7. _____	139
Gráfico de como a Experiência de trabalho de parto foi comparando primípara e multipara.	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações:

3TC	LAMIVUDINA
ACOG	COLÉGIO AMERICANO DE OBSTETRAS E GINECOLOGISTAS
AIDS	SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ANS	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
AZT	ZIDOVUDINA
B.O.	BOLETIM DE OCORRÊNCIA
BJOG	BRITISH JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
CDC	CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION
CDC	CÓDIGO DO DIREITO DO CONSUMIDOR
CFM	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CI	CONSENTIMENTO INFORMADO
CNE/CES	CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DAS	DIRETIVA ANTECIPADA DE SAÚDE
DP	DESVIO PADRÃO
DUBDH	DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS
EPDS	ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO
FIGO	FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
FTC	EMTRICITABINA
HBV	HEPATITE B
HCPs	PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE
HCV	HEPATITE C
HEU	CRIANÇAS NÃO INFECTADAS PELO VÍRUS HIV
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
HPP	HEMORRAGIA PÓS-PARTO
IA	INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL
IC	INTERVALO DE CONFIANÇA
IDSA	SOCIEDADE DE DOENÇAS INFECCIOSAS DA AMÉRICA
IHAC	INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA
IPPMG	INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA
Ips	INIBIDORES DA PROTEASE
IQIs	INTERVALOS INTERQUARTIS
MCSRS	QUESTIONÁRIO DE PARTO DE MACKEY
MCSRS37	PERGUNTA 37 DO QUESTIONÁRIO DE MACKEY
MCSRS38	PERGUNTA 38 DO QUESTIONÁRIO DE MACKEY
MCSRS39	PERGUNTA 39 DO QUESTIONÁRIO DE MACKEY
MCSRS40	PERGUNTA 40 DO QUESTIONÁRIO DE MACKEY
MED	MEDIANA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
N	NÚMERO TOTAL DE PACIENTES

NIH	NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
NVP	NEVIRAPINA
ODS	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
ODS3	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 3 – BEM ESTAR E SAÚDE
ODS5	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 5 – IGUALDADE DE GÊNERO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PACTG076	PEDIATRIC AIDS CLINICAL TRIALS GROUP PROTOCOL 076
PAS	PLANEAMENTO OU PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE SAÚDE
PCDT	PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
PEPFAR	PRESIDENT’S EMERGENCY PLAN FOR AIDS RELIEF PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV
PMTCT	
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PTSD	SÍNDROME DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
PWLWHIV	GESTANTES VIVENDO COMO VÍRUS HIV
R ²	COEFICIENTES DE DETERMINAÇÃO
RAL	RALTEGAVIR
RDC	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA
RMC	ATENDIMENTO MATERNO RESPEITOSO
RN	RESOÇUÇÃO NORMATIVA
SDM	TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA
SMI	SAÚDE MATERNO INFANTIL
SMI	SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAF	TENOFOVIR ALAFENAMIDA
TARV	TERAPIA ANTIRETROVIRAL
TB	TUBERCULOSE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO
TDF	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO
UFRJ	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNAIDS	PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS
UNAIDS Brasil	PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE4 HIV/AIDS NO BRASIL
UNESCO	UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION
UNFPA	FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
UTIN	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
ρ	COEFICIENTE DE SPEARMAN

RESUMO

INTRODUÇÃO: A satisfação das gestantes vivendo com o vírus HIV com a experiência do parto pode ter efeitos imediatos e de longo prazo para a sua saúde, na aderência à medicação para tratamento da infecção pelo vírus do HIV e em seu relacionamento com o bebê, mas há falta de pesquisas atuais nessa área. As pesquisas até então estavam mais voltadas a como impedir a transmissão materno fetal do vírus.

OBJETIVO: Esta tese de doutoramento visa avaliar a satisfação das pacientes gestantes vivendo com o vírus HIV (PWLWHIV) com o parto. Como objetivos secundários visamos identificar as variáveis mais importantes na determinação de uma experiência positiva e desta forma propor um plano de partos como parte do planejamento avançado de cuidados.

MÉTODOS: Um estudo prospectivo observacional foi conduzido no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), um hospital público do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 82 PWLWHIV do ambulatório materno infantil com idade materna acima de 18 anos, com idade gestacional acima de 36 semanas no momento do parto e sem malformações à ultra-sonografia. Os critérios de exclusão foram abortamentos, prematuros, natimortos, má formações fetais, adolescentes e gestantes incapazes de entender o consentimento informado ou o questionário. Os instrumentos do estudo incluem um folheto informativo à paciente, um termo de consentimento livre e esclarecido de voluntária ao projeto de pesquisa, um questionário sócio-demográfico, um questionário de parto e o questionário de satisfação de parto de Mackey adaptado e validado no Brasil por Lopes et al.. A escala de Mackey é dividida em seis subescalas: autoavaliação, parceiro, bebê, parteiras, médicos e satisfação geral. A análise inicial dos dados consistirá em estatística descritiva e regressões simples múltiplas. A avaliação da satisfação do parto será feita nas mesmas subescalas.

RESULTADOS: As PWLWHIV apresentaram boa satisfação total com o parto e boa satisfação na subescala geral com o parto. As PWLWHIV também apresentaram boa satisfação consigo própria, boa satisfação com o parceiro, boa satisfação com as enfermeiras e boa satisfação com os médicos. As PWLWHIV também apresentaram satisfação com seus bebês. Associações significativas foram encontradas por meio de análise de regressão univariada e múltipla, quanto às complicações com o bebê ao nascer ($p < 0.001$) nas subescalas total, geral, própria, parceiro, enfermeiras e médicos. Uma experiência muito positiva no trabalho de parto e no parto ocorreu com a maioria das PWLWHIV (n=65; 79.3%). Os principais motivos apontados pelas PWLWHIV para satisfação no parto foram a saúde do bebê (n=33, 40.2%), presença do parceiro no parto (n=26, 31.7%) e bom suporte do profissional de saúde (n=25,30.5%). Os principais motivos para experiência negativa no parto foram mau suporte profissional de saúde (n=12,14.6%), dor excessiva ou medicalização excessiva (n=7, 8.5%) e ausência de acompanhante durante o parto (n=6, 7.3%).

CONCLUSÕES: As PWLWHIV tiveram uma experiência positiva no parto em maternidades públicas do Rio de Janeiro. Nossos achados indicam que as complicações com a saúde do bebê ao nascer foram o principal fator para uma experiência negativa. Os planos de parto podem aumentar a satisfação das PWLWHIV com o parto. O plano de parto pode ser considerado um planejamento antecipado de saúde. Pesquisas futuras para melhorar a satisfação com o parto para PWLWHIV devem incluir abordagens que envolvam fatores emocionais e sociais. Um cuidado materno respeitoso deve ser estimulado e disseminado, a fim de reduzir o estigma relacionado ao HIV e aumentar a eficácia dos prestadores no cuidado de PWLWHIV

Palavras-chave: bioética; HIV; parto; questionários; obstetrícia; satisfação da paciente

ABSTRACT

INTRODUCTION: The satisfaction of pregnant women living with HIV (PWLWHIV) with the birth experience can have immediate and long-term effects on their health, adherence to HIV treatment medication and their relationship with their baby, but there is a lack of current research in this area. Until then, research was more focused on how to prevent mother-to-fetal transmission of the virus.

OBJECTIVE: This PhD thesis aims to evaluate the satisfaction of pregnant patients living with HIV with childbirth. As secondary objectives we aim to identify the most important variables in determining a positive experience.

METHODS: A prospective observational study without intervention was conducted in a public hospital in Rio de Janeiro in the PWLWHIV of the maternal and child outpatient clinic with maternal age between 18 and 40 years, with a gestational age above 36 weeks at the time of delivery and without malformations on ultrasound. Exclusion criteria are miscarriages, premature births, stillbirths, fetal malformations, adolescents and pregnant women unable to understand the informed consent or the questionnaire. The study instruments include an information leaflet for the patient, a voluntary informed consent form for the research project, a socio-demographic questionnaire, a birth questionnaire and Mackey's birth satisfaction questionnaire adapted and validated in Brazil by Lopes et al.. The initial data analysis will consist of descriptive statistics and simple and multiple regressions.

RESULTS: The PWLWHIV had a good total childbirth satisfaction (score 133 of 165) and good childbirth satisfaction with the overall subscale (score 12 of 15). PWLWHIV also had good self-satisfaction (score 37,3 of 45), good satisfaction with their partner (score 8,96 of 10), good satisfaction with midwives (score 35,1 of 45) and good satisfaction with doctors (score 31,2 of 45). The PWLWHIV also experienced satisfaction with their babies (score 8,48 of 10). Significant associations were found by univariate and multiple regression analysis, regarding complications with baby at birth

($p<0,001$) on total, overall, self, partner, midwives and doctors subscales. A very positive experience in labor and delivery occurred with 65 PWLWHIV (79.3%). The main reasons given by PWLWHIV for satisfaction in childbirth were the health of the baby ($n=33$, 40.2%), the presence of the partner at the birth ($n=26$, 31.7%) and good support from the health professionals ($n=25$, 30.5%). The main reasons for negative childbirth experiences were poor health professional support ($n=12$, 14.6%), excessive pain or excessive medicalization ($n=7$, 8.5%) and the absence of a companion during childbirth ($n=6$, 7.3%).

CONCLUSIONS: PWLWHIV had a positive childbirth experience in public maternities hospitals in Rio de Janeiro. Our findings indicate that complications with the baby's health at birth were the main factor for a negative experience. Birth plans can enhance PWLWHIV's childbirth satisfaction. The birth plan can be regarded as an advance healthcare planning. Future research to improve satisfaction with childbirth for PWLWHIV should include approaches that involve emotional and social factors. Respectful maternal care should be encouraged and disseminated in order to reduce HIV-related stigma and increase providers' effectiveness in caring for PWLWHIV.

Keywords: bioethics, childbirth, HIV, obstetrics, patient satisfaction, questionnaires.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. A Situação da Infecção pelo vírus HIV em gestantes no Brasil e no Mundo e a terapia antiretroviral

Nos últimos anos, as gestantes vivendo com vírus HIV (PWLWHIV) enfrentaram desafios significativos decorrentes de múltiplas crises globais que impactaram negativamente a resposta à pandemia da infecção pelo vírus HIV. Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que, em 2023, aproximadamente 1,2 milhão de gestantes viviam com HIV globalmente — uma redução em relação aos 1,4 milhão registrados em 2010, mas ainda preocupante diante das metas de erradicação da transmissão vertical (1,2). Apesar desse progresso, a cobertura de tratamento antirretroviral entre gestantes vivendo com vírus HIV foi de 84% em 2023, número que ainda está abaixo da meta de 95% prevista até 2025 (3).

A incidência de gestantes vivendo com HIV varia globalmente, com uma prevalência estimada de 2.9% (IC 95%: 2.4–3.4%) entre gestantes, sendo mais alta em países de baixa renda, onde pode chegar a 5.2% (IC 95%: 1.6–10.5%) (3). Em adolescentes, o risco de infecção pelo HIV durante a gestação é maior do que em mulheres adultas, especialmente em regiões de alta prevalência, mas a prevalência específica em gestantes adolescentes não é universalmente reportada; estudos sugerem que mulheres jovens (< 20 anos) apresentam taxas de incidência de HIV até três vezes maiores do que adultas (4,5).

A incidência de coinfeção com sífilis, hepatite B (HBV) ou hepatite C (HCV) em PWLWHIV é relevante. A prevalência global de coinfeção HIV/HBV em gestantes é de aproximadamente 2% e HIV/sífilis de 1.3% em alguns contextos africanos. Em populações específicas, como na França, a coinfeção HIV/HBV foi de 6.2% e HIV/HCV de 1.7%. Em regiões de alta endemicidade, como Gana, a coinfeção HIV/HBV pode chegar a 14.9% e HIV/HCV a 4.1%. As PWLWHIV apresentam maior risco de sífilis ativa em comparação com gestantes não infectadas pelo HIV, com odds ratio ajustado de cerca de 2.2 (6–9). Além disso, os cortes e os redirecionamentos dos fundos internacionais, como os observados no PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) (10), programa norte-americano que há duas décadas financia ações

globais contra o HIV, afetaram diretamente a oferta de serviços para gestantes em países de baixa e média renda, elevando o risco de transmissão vertical durante o parto (11). O relatório de situação da UNAIDS destaca que interrupções financeiras e falhas estruturais levaram à descontinuidade de testagens, à escassez de antirretrovirais e à sobrecarga de serviços em regiões vulneráveis (11,12).

Do ponto de vista epidemiológico, fatores estruturais e comportamentais continuam contribuindo para o risco elevado entre mulheres em idade fértil. A transmissão heterossexual ainda é a principal via de infecção feminina, e o aumento da sobrevivência de pessoas vivendo com HIV, aliado à percepção de segurança trazida pelas novas estratégias de profilaxia da transmissão vertical, como o uso combinado de medicação antirretroviral (TARV) durante a gestação, ampliam a possibilidade de novas gestações entre mulheres vivendo com o vírus HIV (12,13).

É importante ressaltar que o retrocesso em políticas públicas, associado ao aumento das desigualdades sociais e da desinformação, coloca em risco a sustentabilidade de décadas de avanços. Conforme alertado nos relatórios da UNAIDS (11,14,15), somente com ações integradas, investimento internacional contínuo e políticas baseadas em evidências será possível não apenas frear novas infecções, mas garantir que nenhuma criança nasça com HIV até o fim da década.

A perspectiva de eliminação da transmissão vertical do HIV até 2030, proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), está mais próxima da realidade do que nunca. Com base nas metas 95-95-95 — que prevêem que 95% das pessoas vivendo com HIV conheçam seu status, 95% delas estejam em tratamento e 95% das tratadas atinjam supressão viral — estudos recentes confirmam que tais objetivos são não apenas alcançáveis, mas também sustentáveis em diversos contextos, inclusive em regiões de média e baixa renda (16). Em 2024, o relatório UNAIDS Global AIDS Update apontou que já se alcançou uma cobertura global de 86% de diagnóstico e 82% de cobertura de TARV, com supressão viral em 93% dos pacientes tratados (11,17). Esses números mostram um progresso evidente. Mais do que isso: reforçam que, com o investimento adequado em atenção pré-natal e perinatal, especialmente entre gestantes vivendo com o HIV, é possível eliminar as infecções pediátricas por HIV nos próximos anos.

Em paralelo, o uso profilático de antirretrovirais no recém-nascido e a recomendação da não amamentação, quando possível, em regiões com acesso seguro

a fórmulas infantis, são estratégias complementares que, juntas, podem reduzir a taxa de transmissão perinatal para menos de 1% (18).

Por fim, o fortalecimento das diretrizes clínicas e das políticas públicas tem sido essencial. As novas recomendações do National Institute of Health (NIH) (2024) indicam testagem obrigatória no primeiro e terceiro trimestres da gestação, associada à TARV iniciada imediatamente após o diagnóstico, independentemente da contagem de CD4 ou da carga viral. Além disso, a integração entre serviços de saúde sexual e reprodutiva tem permitido melhor adesão ao tratamento, acompanhamento psicológico e suporte social, fatores críticos para a manutenção da adesão durante e após a gravidez. Em países como os Estados Unidos e o Reino Unido, onde essas estratégias estão plenamente implementadas, a taxa de transmissão vertical caiu para menos de 0,5% (17). O Brasil, por sua vez, segue alinhado a essas metas com a ampliação do acesso à testagem rápida no pré-natal e distribuição gratuita de antirretrovirais, o que torna factível não apenas manter bebês livres do HIV, mas também garantir saúde materna de qualidade, com dignidade e equidade (14).

Estima-se que o pilar para terminar com a epidemia de infecção pelo vírus HIV seja a discriminação zero. O fim da discriminação e estigmas nas populações minoritárias como as pessoas transgênero, trabalhadoras do sexo, usuários de drogas endovenosas, entre outros. O fácil acesso ao cuidado de saúde é essencial e é um dos objetivos da agenda 2030 das Nações Unidas (18). Mesmo com um amplo acordo global para zerar a transmissão do vírus HIV bem como o estigma e a discriminação com as gestantes vivendo com o vírus HIV (PLWHIV), ainda existe e a maioria das iniciativas ainda são limitadas e não a rotina (19).

Infelizmente, a epidemia de HIV continua sendo um dos maiores desafios para a saúde global no século XXI, exigindo respostas complexas que integrem dimensões médicas, sociais e políticas. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável reconhece essa realidade ao posicionar o combate ao HIV como parte fundamental dos esforços para alcançar um desenvolvimento verdadeiramente inclusivo. Essa abordagem integrada parte do entendimento de que fatores como desigualdade de gênero, pobreza estrutural, falta de acesso à educação e sistemas de saúde precários não apenas alimentam a propagação do vírus, mas criam obstáculos quase intransponíveis para seu controle efetivo. A agenda global expandiu-se em escopo e complexidade: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) dão um mandato

para a integração de esforços de todas as partes envolvidas (14).

Entre os grupos mais vulneráveis, as gestantes vivendo com HIV enfrentam desafios particulares que exigem atenção urgente e especializada. Essas mulheres frequentemente se encontram em situações de múltipla vulnerabilidade, onde a discriminação, a instabilidade social e as barreiras no acesso a serviços de saúde de qualidade se combinam de forma perversa. A resposta à epidemia neste grupo específico não pode se limitar à simples distribuição de medicamentos antirretrovirais, mas deve incorporar uma visão abrangente que considere os determinantes sociais da saúde em sua total complexidade.

A experiência acumulada nas últimas três décadas de resposta global ao HIV oferece lições valiosas que transcendem o campo da saúde pública. A necessidade de diagnosticar e tratar milhões de pessoas levou ao desenvolvimento de sistemas inovadores de prestação de serviços de saúde, que hoje servem como modelo para o enfrentamento de outras doenças. Paralelamente, a luta contra o estigma e a discriminação associados ao HIV resultou em avanços significativos na proteção dos direitos humanos, particularmente para populações marginalizadas. No caso específico das mulheres, programas direcionados ajudaram a reduzir disparidades no acesso tanto à saúde quanto à educação, embora desafios persistentes continuem a exigir ações mais efetivas.

Para as gestantes vivendo com HIV, a situação apresenta camadas adicionais de complexidade. A transmissão vertical do vírus está intrinsecamente ligada a fatores como pobreza extrema, insegurança alimentar e dificuldades no acesso a serviços pré-natais de qualidade. Evidências mostram de forma consistente que mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica apresentam menor probabilidade de realizar testagem durante a gravidez ou de aderir adequadamente ao tratamento, aumentando significativamente o risco de transmissão para seus filhos. Esse cenário exige intervenções que vão muito além da esfera biomédica, incorporando componentes sociais, econômicos e culturais em sua concepção e implementação (20–23).

A prevenção combinada, reconhecida como abordagem mais eficaz pelas principais agências de saúde globais, representa atualmente o padrão ouro no enfrentamento do HIV. Essa estratégia integra de forma sinérgica intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, adaptando-se às necessidades

específicas de cada população. No caso das gestantes, isso se traduz na ampliação da testagem durante o pré-natal, no acesso irrestrito à terapia antirretroviral para supressão viral e na garantia de acompanhamento médico especializado. Quando implementada de forma adequada, essa abordagem permite reduzir a quase zero o risco de transmissão vertical, como demonstram inúmeros casos de sucesso em diversos contextos (24).

No entanto, os desafios permanecem significativos e multifacetados. Em muitas regiões, particularmente na África Subsaariana, sistemas de saúde sobrecarregados e falta de profissionais qualificados continuam a limitar o acesso a cuidados adequados. Ao mesmo tempo, normas sociais prejudiciais e estruturas patriarcais arraigadas impedem que muitas mulheres busquem testagem ou tratamento por medo de estigma, violência ou abandono conjugal. Essas barreiras estruturais exigem respostas igualmente estruturais, que transcendam o âmbito estritamente médico e enfrentem as raízes profundas da desigualdade (25).

A experiência histórica da resposta global ao HIV demonstra com clareza que nenhum dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável pode ser alcançado de forma isolada. O combate efetivo à epidemia entre gestantes exige investimentos sustentáveis em proteção social, com programas que associem transferência de renda a cuidados em saúde comprovadamente eficazes no aumento da adesão ao pré-natal e ao tratamento antirretroviral. Igualmente crucial é o fortalecimento dos sistemas comunitários, onde organizações lideradas por mulheres vivendo com HIV desempenham papel insubstituível tanto na prestação de serviços quanto no advocacy por políticas públicas mais justas e inclusivas (25,26).

Neste contexto, a inovação em pesquisa apresenta oportunidades transformadoras, com o desenvolvimento de novas tecnologias como antirretrovirais de longa ação e pesquisas promissoras na área de vacinas. No entanto, o verdadeiro desafio reside em garantir que esses avanços sejam acessíveis a todas as populações, independentemente de sua condição socioeconômica ou localização geográfica. A resposta ao HIV entre gestantes não representa apenas uma intervenção de saúde pública, mas um teste decisivo para nosso compromisso coletivo com os princípios de equidade e justiça social que fundamentam a Agenda 2030. Ao priorizar investimentos nessa população particularmente vulnerável, estamos não apenas salvando vidas individuais, mas construindo as bases para

sociedades mais saudáveis, justas e sustentáveis para as gerações presentes e futuras (25).

O combate à transmissão vertical mãe-filho também deve passar por metas interseccionadas com as metas da Agenda 2030 (14): erradicação da pobreza, diminuição da vulnerabilidade, erradicação da fome, promoção da saúde e do bem-estar, aumentar e facilitar o acesso à saúde, aumentar a educação de qualidade, redução das desigualdades e redução da estigmatização (18,26,27).

A cada ano, aproximadamente 1.2 milhão de gestantes vivendo com HIV (PLWHIV) dão à luz no mundo, especialmente concentradas em países de baixa e média renda, onde o risco de transmissão vertical ainda representa um desafio de saúde pública considerável (28). Em situações onde não há qualquer intervenção médica, a taxa de transmissão do HIV da mãe para o bebê pode variar de 15% a 45%, sendo essa variação influenciada pela carga viral materna, tempo de exposição intraparto e prática da amamentação sem controle viral (17,28). No entanto, com TARV apropriada iniciada ainda na gestação, além de cuidados intraparto e pós-parto adequados, a taxa de transmissão pode ser reduzida para menos de 1% (17,29). A TARV também reduz significativamente os riscos obstétricos associados ao HIV, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e infecções puerperais, além de proteger a própria saúde materna (13).

As mulheres vivendo com HIV têm representado uma parcela crescente nos programas de rastreio e tratamento, com destaque para sua participação em protocolos de testagem durante o pré-natal. Atualmente, elas representam cerca de 25% dos testes diagnósticos realizados anualmente em campanhas nacionais de testagem, uma proporção que vem aumentando devido à eficácia dos esquemas de TARV com carga viral indetectável, que permite uma vida reprodutiva segura e saudável (10,12,30,31).

O Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PMTCT) tem papel central nesse cenário, com resultados significativos. Um estudo recente na África do Sul demonstrou que a cobertura de TARV entre gestantes e lactantes vivendo com vírus HIV chegou a 97% em 2024, e a taxa de transmissão caiu para 0,6%, mesmo em áreas com infraestrutura limitada (32). Além disso, o PMTCT não apenas oferece acesso a antirretrovirais, mas também propõe estratégias de retenção no cuidado no puerpério, o que reduz o risco de abandono do tratamento e reincidência de

transmissão em futuras gestações (33,34).

A combinação de medidas clínicas com inovações tecnológicas e suporte social resulta em estratégias multifatoriais mais eficazes, fortalecendo a capacidade dos sistemas de saúde de atingir a meta de eliminação da transmissão vertical do HIV até 2030, conforme preconizado pela UNAIDS (11,12).

A taxa de detecção de HIV em gestantes no Brasil aumentou de forma significativa na última década. Em 2010, era de 1,5 por 1.000 nascidos vivos, saltando para 3,3 por 1.000 em 2017. Dados atualizados de 2023 mantêm essa média nacional, com taxas alarmantes em determinadas regiões, como o estado do Rio Grande do Sul, que registrou 8,1 por 1.000 nascidos vivos (35). A infecção pelo HIV durante a gestação representa um risco significativo para a saúde materna e neonatal, afetando diretamente o prognóstico obstétrico e o bem-estar psicológico da gestante (36). Sem diagnóstico e cuidados perinatais, a taxa de transmissão vertical pode atingir até 25% (37). Contudo, com a utilização de medidas como a TARV combinada, parto programado e ausência de amamentação, essa taxa pode ser reduzida para menos de 1% (14,37).

Tradicionalmente, a ruptura prolongada das membranas amnióticas (bolsa rota maior que 4h) foi considerada um fator de risco importante para a transmissão vertical do HIV. No entanto, estudos recentes e robustos modificaram essa compreensão. Um estudo multicêntrico conduzido no Reino Unido e Irlanda com 2.398 partos mostrou que, entre mulheres com carga viral indetectável (<50 cópias/mL) em uso de TARV, a taxa de transmissão foi de 0,12% em casos com bolsa rota menor que 4h e 0,14% em casos maiores que 4h — diferença considerada estatisticamente não significativa (38).

Esses dados são corroborados por uma meta-análise internacional que avaliou 15 estudos de coorte e mais de 4.700 partos. O estudo concluiu que, em gestantes com carga viral controlada por TARV, a duração da bolsa rota não teve impacto significativo na taxa de transmissão vertical do HIV (39). Dessa forma, em contextos com tratamento antirretroviral eficaz e carga viral indetectável, a ruptura prolongada da bolsa (> 4h) não deve mais ser considerada isoladamente um fator de risco obstétrico para transmissão vertical. Essa atualização de entendimento é essencial para evitar indicações desnecessárias de cesáreas em gestantes com bom controle viral, promovendo partos mais seguros e respeitosos (40).

Sem diagnóstico precoce e sem a implementação de cuidados perinatais, como

o uso de TARV e intervenções obstétricas específicas, a transmissão vertical do HIV pode alcançar taxas entre 15% e 45%, dependendo de fatores como amamentação, carga viral e estado imunológico materno. Essas taxas foram observadas de forma consistente em estudos anteriores à introdução da TARV combinada (28,41,42).

No entanto, um dos estudos mais emblemáticos na história da prevenção da transmissão vertical foi o PACTG 076 (*Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076*), publicado em 1994. Este ensaio clínico randomizado demonstrou que a administração de zidovudina (AZT) durante a gestação, intraparto e ao recém-nascido reduziu a taxa de transmissão vertical de 25,5% no grupo placebo para 8,3% no grupo tratado, representando uma redução de aproximadamente 67,5% no risco de infecção (43). A relevância desse estudo foi tão grande que passou a fundamentar os protocolos de prevenção em todo o mundo, sendo citado até hoje como marco da virada epidemiológica.

Sem TARV e sem cuidados obstétricos adequados, o risco de transmissão vertical continua elevado, mas pode ser reduzido para níveis inferiores a 1% com intervenções baseadas em evidência (12,17,44).

As PWLWHIV apresentam necessidades específicas durante o período perinatal, porque necessitam do conhecimento específico de prevenção da transmissão vertical materno-fetal bem como precisam de toda a orientação e conhecimento dos vários aspectos do parto e do cuidado como recém-nascido (45). As gestantes vivendo com o vírus HIV não somente experimentam as dúvidas e angústias do parto, bem como os desafios e dúvidas relacionados ao vírus HIV (46). Um grande problema ainda nos dias de hoje é a discriminação sofrida por estas pacientes (47–49). Cerca de 4,3% das gestantes recebem o diagnóstico de infecção pelo vírus do HIV durante o pré-natal (50).

Nas últimas décadas, houve uma escalada rápida do PMTCT em todo o mundo. Estima-se que 77% das PWLWHIV ou amamentando estavam recebendo terapia antiretroviral em 2015, enquanto apenas 50% recebiam em 2010 (51). Entretanto, a despeito de todo comprometimento global, atingir uma taxa de transmissão vertical menor que 2% em PWLWHIV não amamentando ainda é um grande desafio em vários locais, principalmente nos países do sub Saara Africano (52).

Segundo a UNAIDS, em 2021 cerca de 81% das PWLWHIV tiveram acesso a TARV para prevenir a transmissão vertical para suas crianças em 2021. E neste

mesmo ano, foi disponibilizado US\$ 21,4 bilhões para a resposta à AIDS em países de baixa e média rendas, sendo que cerca de 60% foram de recursos domésticos. Para 2025, o UNAIDS estima ser necessário US\$ 29 bilhões para a resposta à AIDS em países de baixa e média rendas, incluindo países considerados anteriormente como alta renda para entrar no caminho certo para acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública global (14,18,53).

Mesmo em países desenvolvidos, os casos de transmissão vertical continuam a ocorrer. As possíveis razões para esta transmissão vertical são: administração inadequada da TARV, diagnóstico tardio da gravidez ou da infecção pelo vírus HIV, resistência viral e falta de adesão materna ao tratamento (52). Os estudos evidenciaram que a cesárea eletiva não diminui em nada a transmissão vertical bem como não confere nenhum benefício. As PWLWHIV com carga viral indetectável, se beneficiam do parto vaginal (54,55).

A transmissão vertical materno-infantil do HIV ocorre pela exposição ao vírus durante a gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento. Essa via de transmissão é responsável por 90% dos casos de infecção pediátrica no Brasil. A taxa de transmissão vertical do HIV durante a gravidez, sem qualquer tratamento, pode ser de até 30%. Entretanto, em situações em que a gestante ou nutriz seguem todas as recomendações das diretrizes, a possibilidade de infecção do bebê reduz para níveis menores que 1% (56).

Apesar de não existir cura definitiva para a infecção pelo HIV, os avanços no TARV transformaram radicalmente o prognóstico da infecção, permitindo qualidade de vida, longevidade e, sobretudo, a prevenção eficaz da transmissão para outras pessoas, inclusive no contexto gestacional. A TARV permite a supressão da carga viral materna a níveis indetectáveis (<50 cópias/mL), o que reduz o risco de transmissão vertical para menos de 1% em partos vaginais ou cesáreas com bom controle clínico (28,42). A estratégia “indetectável = intransmissível”, reconhecida internacionalmente, é aplicável também no contexto perinatal, tornando o controle da carga viral o principal objetivo da assistência à gestante vivendo com HIV (17).

A eficácia da TARV é diretamente proporcional ao momento de início do tratamento. A administração precoce, idealmente antes das 14 semanas de gestação, reduz drasticamente os riscos intraútero, intraparto e pós-natal. A maior parte das transmissões verticais ocorre no intraparto (cerca de 65%), sendo os 35% restantes

divididos entre transmissão intrauterina tardia e pós-natal via aleitamento (44). Dessa forma, além da TARV contínua, outras medidas são essenciais: realização de parto programado (idealmente cesariana eletiva quando a carga viral for >1000 cópias/mL), uso de antirretrovirais no recém-nascido nas primeiras 6 a 12 horas, suspensão do aleitamento materno quando houver acesso seguro à fórmula infantil e seguimento especializado do binômio mãe-bebê por no mínimo 18 meses (35,57).

Novas estratégias vêm reforçando os programas de PMTCT (Programa de Prevenção da Transmissão Vertical). Entre elas, destacam-se: a implementação do modelo de “testagem básica rápida” com resultado imediato para HIV e sífilis em unidades básicas de saúde; o rastreio de parceiros sexuais e oferta de TARV profilática; o uso de dolutegravir como antirretroviral de primeira linha, devido à sua rápida supressão viral (com resultados em até 2 semanas); e o acompanhamento via telemedicina, especialmente em áreas remotas, garantindo adesão ao tratamento (12,30). A realização de campanhas de testagem durante o pré-natal ampliado - com testagem obrigatória no primeiro e terceiro trimestres - e reavaliação sorológica no puerpério também têm se mostrado eficazes. Os programas integrados de vigilância epidemiológica e as ações comunitárias de combate ao estigma são fundamentais para que as gestantes possam aderir ao tratamento sem medo de discriminação (58).

A OMS e a UNAIDS mantêm a meta global de eliminar a transmissão vertical como problema de saúde pública até 2030. Em 2023, 88% das gestantes vivendo com HIV no mundo iniciaram TARV, e cerca de 1,4 milhão de crianças foram poupadas da infecção desde o início das estratégias globais (42). Apesar disso, ainda persistem desigualdades regionais — na África Subsaariana, por exemplo, 1 em cada 5 gestantes não recebe TARV no pré-natal (58). No Brasil, dados do Ministério da Saúde de 2024 mostram que a cobertura de TARV no pré-natal atinge 94%, mas ainda há desafios em estados da região Norte e em populações indígenas, quilombolas e em situação de rua. Assim, as ações integradas e multissetoriais, associadas à escuta qualificada e à proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, são indispensáveis para alcançar a meta de transmissão vertical zero (35,40).

Os estudos de transmissão vertical de HIV da mãe para o feto (PMTCT) são necessários pelos seguintes motivos: fornecer aos programas nacionais de PMTCT e às partes interessadas participantes um conjunto claro e consistente de critérios para avaliar e monitorar as realizações do programa; garantir que a PMTCT do HIV e/ou

sífilis foi alcançada de acordo com os padrões acordados; fortalecer a cobertura nacional e a qualidade das intervenções de HIV e/ou sífilis nos serviços de saúde materno-infantil (SMI); fortalecer os sistemas nacionais de coleta de dados e monitoramento de programas; assegurar serviços laboratoriais com qualidade garantida; assegurar a igualdade de gênero e a proteção dos direitos humanos das mulheres vivendo com HIV e sífilis; assegurar que as comunidades de pessoas vivendo com HIV, particularmente mulheres vivendo com HIV, estejam envolvidas de forma significativa na implementação do programa; e para medir o progresso global (59).

O HIV/AIDS permanece uma das principais causas de morbimortalidade materna e neonatal em países de baixa renda, especialmente na África Subsaariana, onde a prevalência do vírus entre mulheres em idade reprodutiva é elevada. Nestas regiões, as mulheres vivendo com HIV ainda têm um risco significativamente maior de mortalidade materna em comparação com aquelas não infectadas, mesmo com acesso à TARV (42). A TARV iniciada durante a gestação é eficaz na redução da transmissão vertical do HIV, diminuindo as taxas de transmissão para menos de 1% quando a carga viral materna é suprimida adequadamente (12,30). Além disso, a TARV contribui para a melhoria da saúde materna ao reduzir a incidência de infecções oportunistas e outras complicações associadas ao HIV (35,40).

A anemia é uma condição hematológica comum entre gestantes vivendo com HIV, sendo mais pronunciada durante a gravidez. Fatores como a própria infecção pelo HIV, deficiências nutricionais e o uso de certos antirretrovirais contribuem para a alta prevalência de anemia nesse grupo (60,61). A tuberculose (TB) é outra infecção de destaque, sendo a principal causa de morte por doenças infecciosas entre mulheres em idade reprodutiva vivendo com HIV. A TB pode se manifestar em qualquer estágio da infecção pelo HIV, inclusive durante o uso da TARV, e está associada à síndrome inflamatória de reconstituição imune (IRIS), uma condição que ocorre quando o sistema imunológico se recupera e responde a infecções previamente adquiridas com uma resposta inflamatória exacerbada(42) .

Complicações obstétricas, como hemorragia e sepse puerperal, também são preocupações significativas em gestantes vivendo com HIV. Embora a TARV tenha demonstrado benefícios na redução de algumas complicações, seu impacto direto na diminuição da morbidade infecciosa, como a sepse puerperal, ainda requer mais

estudos para ser plenamente compreendido (62). A pré-eclâmpsia, por outro lado, tem sido associada a um risco reduzido em mulheres infectadas pelo HIV, possivelmente devido a alterações imunológicas induzidas pelo vírus ou pela TARV (63). No entanto, o HIV ou seu tratamento pode estar relacionado a um aumento do risco de hemorragia obstétrica, embora o mecanismo exato permaneça indefinido. Fatores como trombocitopenia ou vasculite relacionada ao HIV podem contribuir para essa associação (64).

Os antirretrovirais mais comumente utilizados durante a gestação em mulheres vivendo com HIV, tanto em âmbito global quanto no Brasil e no estado do Rio de Janeiro, são os esquemas baseados em dolutegravir associado a tenofovir e lamivudina ou emtricitabina. O regime preferencial é dolutegravir 50 mg uma vez ao dia combinado com tenofovir alafenamida (TAF) 25 mg ou tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300 mg, mais emtricitabina (FTC) 200 mg ou lamivudina (3TC) 300 mg, todos administrados uma vez ao dia (65).

O uso de dolutegravir é respaldado por dados de eficácia virológica superior e menor incidência de desfechos adversos maternos e neonatais em comparação com esquemas baseados em efavirenz, conforme demonstrado no estudo IMPAACT 2010, que incluiu centros no Brasil, inclusive no Rio de Janeiro (65,66). Em situações em que dolutegravir não está disponível ou contraindicado, alternativas incluem esquemas com raltegravir, atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir, sempre em combinação com TDF/FTC ou TDF/3TC (67). Raltegravir é especialmente considerado para início tardio na gestação devido à rápida supressão viral (65).

O Ministério da Saúde do Brasil adota essas recomendações em consonância com as diretrizes internacionais, e o padrão observado no Rio de Janeiro reflete o uso predominante desses esquemas, com destaque para a rápida supressão viral e boa tolerabilidade.^[5] Esquemas contendo cobicistate, elvitegravir, bictegravir, doravirina e cabotegravir não são recomendados para início durante a gestação devido à insuficiência de dados de segurança e eficácia (44).

A TARV, especialmente quando envolve esquemas contendo inibidores de protease (IPs), tem sido associada a desfechos obstétricos adversos, como parto prematuro e baixo peso ao nascer, particularmente quando iniciada antes da concepção. Moodley et al. (61) demonstraram, em estudo conduzido na África do Sul, que gestantes em uso de IPs apresentaram maior risco de parto prematuro,

especialmente quando o início do esquema ocorreu antes do reconhecimento da gravidez. No entanto, os resultados da literatura são heterogêneos: Watts et al.(63), por exemplo, não encontraram associação estatisticamente significativa entre o uso de IPs e a prematuridade, sugerindo que o risco pode variar de acordo com o contexto clínico e o perfil da gestante (68).

No Brasil, um estudo conduzido por Bassichetto et al.(64), com gestantes vivendo com HIV/AIDS atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo, evidenciou que os recém-nascidos dessas mães apresentaram peso médio inferior ao da população geral (2.893 g vs. 3.221 g, $p = 0.003$). Embora o estudo não tenha estabelecido uma relação causal direta entre o uso de TARV e o baixo peso ao nascer, ressaltou-se a importância de monitorar o estado nutricional das gestantes, já que mais de 60% apresentavam indicadores de inadequação nutricional. A combinação entre fatores sociais, acesso ao cuidado pré-natal e estado nutricional influencia significativamente os desfechos neonatais nesse grupo populacional (69).

Complementando esses achados, Faria et al.(65), em estudo realizado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG/UFRJ), reforçam que o cuidado pré-natal oportuno e integral é uma janela essencial para assegurar melhores desfechos perinatais em mulheres vivendo com HIV. A pesquisa destaca que, mesmo com TARV universalmente indicada, o acompanhamento nutricional e a vigilância obstétrica são fundamentais para reduzir a ocorrência de intercorrências como prematuridade e restrição do crescimento fetal. Os autores apontam ainda que a individualização do tratamento antirretroviral — levando em conta o momento do início da TARV, presença de comorbidades, e fatores psicossociais — é essencial para otimizar os resultados perinatais. Assim, a escolha do regime terapêutico deve ser cuidadosamente avaliada, considerando os potenciais benefícios virológicos e imunológicos para a mãe, mas também os riscos obstétricos para o binômio mãe-filho (70).

A maioria das infecções pediátricas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é resultado de transmissões verticais que ocorrem durante a gravidez, parto e amamentação. O tratamento de todas as gestantes que vivem com HIV continua sendo uma iniciativa global de saúde. O uso precoce e consistente da terapia antirretroviral durante a gravidez e o parto reduz drasticamente o risco de transmissão perinatal do HIV, resultando em menos crianças vivendo com a doença em todo o

mundo (71). Dado que a carga viral materna do HIV é o preditor mais forte da transmissão perinatal, o tratamento antirretroviral supressivo durante a gravidez é o principal meio de eliminar a transmissão do HIV da mãe para o filho. Com o uso da terapia antirretroviral combinada, tipicamente com inibidores da transcriptase reversa de nucleosídeo duplo mais um inibidor de transferência de fita da integrase ou um inibidor de protease potencializado com ritonavir, as mães infectadas pelo HIV agora podem atingir a supressão virológica a níveis indetectáveis e produzir uma taxa de transmissão perinatal de menos de 2%. Considerações importantes sobre o tratamento do HIV na gravidez incluem a segurança e eficácia dos medicamentos antirretrovirais, farmacocinética alterada relacionada à gravidez, potencial para defeitos congênitos ou resultados neonatais adversos e planejamento individualizado do parto com base na carga viral materna (60,72).

Todos os bebês nascidos de mães com infecção pelo HIV devem receber profilaxia antirretroviral pós-exposição o mais rápido possível, idealmente dentro de seis horas após o parto(73) .

A escolha do esquema profilático deve ser baseada na avaliação do risco de transmissão vertical, a qual leva em consideração variáveis clínicas e laboratoriais maternas, como a carga viral plasmática no terceiro trimestre, o uso e a adesão à TARV durante a gestação, o início tardio da TARV (após a 28ª semana gestacional), além de situações de soroconversão aguda durante a gravidez ou amamentação (40,74,75). A supressão virológica sustentada da mãe, definida como carga viral indetectável menor que 50 cópias/mL, é considerada o fator isolado mais importante para reduzir o risco de transmissão vertical do HIV (70).

Em neonatos classificados como de baixo risco — isto é, cujas mães utilizaram corretamente a TARV, mantiveram carga viral indetectável a partir da 28ª semana e apresentaram boa evolução clínica, é indicada a monoterapia com zidovudina (AZT) por 28 dias, administrada por via oral . Já os recém-nascidos considerados de alto risco como nos casos de carga viral materna maior ou igual a 1000 cópias/mL ou carga viral desconhecida ou ausência de TARV ou soroconversão recente devem receber profilaxia combinada com AZT, lamivudina (3TC) e raltegravir (RAL), por 28 dias (76).

O uso de raltegravir como parte do esquema neonatal está indicado para recém-nascidos com peso maior ou igual a kg e idade gestacional maior ou igual a 37 semanas. Em situações em que não seja possível o uso de raltegravir, ou em

prematturos tardios, pode-se utilizar nevirapina (NVP) como alternativa, conforme a estratificação de risco e viabilidade clínica (74). Quando o RAL não está disponível, utiliza-se nevirapina (NVP) nas duas primeiras semanas, em associação com AZT e 3TC. Essa abordagem combinada tem mostrado elevada eficácia na redução da transmissão vertical, principalmente quando associada a intervenções complementares como cesariana eletiva (quando indicada), não amamentação e testagem laboratorial precoce do recém-nascido (71,77).

Além da farmacoprofilaxia, é imprescindível assegurar o acesso contínuo a serviços de saúde e suporte social para promover a adesão das pessoas vivendo com HIV à TARV e às medidas preventivas, reforçando o cuidado longitudinal. Embora o Brasil possua políticas consolidadas que garantem acesso universal e gratuito a testes de HIV, TARV e fórmulas infantis, estudos apontam que oportunidades perdidas de prevenção da transmissão vertical ainda ocorrem em até um terço das gestações expostas ao HIV, sobretudo em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica (78). Essas falhas representam um obstáculo importante para o cumprimento das metas de eliminação da transmissão vertical estabelecidas pelas organizações internacionais (79).

O início oportuno da profilaxia em neonatos, aliado à TARV eficaz na gestação e ao não aleitamento materno, reduz a taxa de transmissão vertical para menos de 1% em países com políticas públicas consolidadas de prevenção (80). Por isso, o Ministério da Saúde do Brasil enfatiza que a coleta de carga viral no momento do parto não deve atrasar o início da profilaxia neonatal, devendo ser feita de forma paralela ao início do esquema terapêutico (76).

Além dos critérios virológicos, a presença de doença avançada materna (estadiamento clínico C segundo a classificação do CDC , infecção aguda pelo HIV durante a gravidez e co-infecções não controladas também são indicativos para intensificação da profilaxia neonatal (80).

Portanto, a implementação das diretrizes clínicas atualizadas, com início precoce da profilaxia e estratificação adequada do risco, constitui pilar central na política brasileira de eliminação da transmissão vertical do HIV (22,81).

Mrus et al. (82,83) avaliaram o custo-efetividade do teste rápido de HIV seguido de tratamento com zidovudina, nevirapina ou terapia combinada para mulheres que se apresentam nos Estados Unidos em trabalho de parto ativo sem pré-natal. Os

autores desenvolveram um modelo analítico de decisão de uma perspectiva social comparando 2 estratégias básicas : 1) não fazer teste de HIV e 2) oferecer teste rápido de HIV e tratamento para mulheres com resultado positivo. As taxas de transmissão do HIV, as características dos testes e os custos foram derivados da literatura e de fontes locais. Os autores descobriram que oferecer testes rápidos de HIV e administrar tratamento com zidovudina a mulheres com teste positivo preveniria 27 casos de HIV a cada ano e economizaria US\$ 3.000.000/ano em comparação com nenhuma intervenção (82). Se não fosse suficiente esta impressionante cifra de economia, o simples fato de salvar vidas, diminuindo a taxa de infecção nos recém nascidos e garantindo que essas crianças serão saudáveis, sem infecção pelo vírus HIV já é extraordinário e justifica todos os esforços de priorizar políticas de saúde neste setor (84,85).

Em 2017, foi realizada uma revisão sistemática dos estudos de custo-efetividade na transmissão vertical do vírus HIV. Nesta revisão, sete estudos avaliaram o custo-efetividade da triagem pré-natal universal no início da gestação; dois artigos consideraram a integração da triagem de HIV com outras intervenções médicas; oito trabalhos estimaram o custo-efetividade da triagem de HIV no final da gravidez e 4 artigos consideraram a combinação de múltiplas estratégias. Os artigos selecionados focaram em países desenvolvidos e em desenvolvimento, com diferentes prevalências de HIV. As características e metodologia dos estudos foram heterogêneas. No entanto, todos os estudos concordaram sobre os principais achados, destacando a relação custo-efetividade tanto da triagem pré-natal universal quanto da triagem de HIV no final da gravidez (86).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 , no seu Art. 196, define saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (87). A decisão do Governo Federal em assumir oficialmente o tratamento das pessoas infectadas com o vírus HIV como um problema de saúde pública resultou da pressão de estados, municípios, sociedade e organizações não governamentais (ONG).

O Brasil construiu ao longo dos anos um modelo reconhecido internacionalmente de enfrentamento ao HIV/AIDS, baseado em políticas públicas estruturadas e na garantia de direitos. A Lei nº 9.313/1996 representou um divisor de

águas ao estabelecer a distribuição gratuita de antirretrovirais pelo SUS, resultado da pressão organizada da sociedade civil e de movimentos sociais. Essa medida transformou o panorama da epidemia no país, reduzindo drasticamente a mortalidade e melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (76).

O sistema brasileiro foi ampliado para incluir não apenas o tratamento medicamentoso, mas toda uma rede de cuidados integrados. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, o acompanhamento laboratorial regular, a distribuição de insumos preventivos e as estratégias de testagem compõem um modelo de atenção que busca a integralidade do cuidado. Essas ações estão alinhadas aos princípios constitucionais do SUS, especialmente no que diz respeito à equidade no acesso e à participação social no controle das políticas (88).

As Diretrizes Nacionais para Fortalecimento da Adesão destacam a importância do monitoramento contínuo dos pacientes em tratamento. Indicadores como regularidade nas consultas, retirada dos medicamentos e exames de carga viral funcionam como alertas para possíveis abandonos do tratamento. Essa abordagem preventiva visa identificar e superar obstáculos que vão desde dificuldades logísticas até questões psicossociais e econômicas (88).

O princípio da integralidade, conforme definido nos marcos do SUS, reconhece que a saúde não se resume à ausência de doenças, mas envolve promoção de bem estar, prevenção e reabilitação. Exige que a atenção à saúde ultrapasse os limites biológicos. Logo isso implica na articulação intersetorial com políticas de emprego, educação e assistência social, reconhecendo que condições dignas de vida são fundamentais para a adesão terapêutica e qualidade de vida. Apesar dos avanços, persistem desafios importantes. A experiência brasileira demonstra, contudo, que a combinação entre acesso universal, participação social e abordagem integral constitui o caminho mais eficaz para o enfrentamento da epidemia (37,89).

A prevalência de HIV entre as gestantes brasileiras está em torno de 0.38%-0.4% (90–93) o que corresponde a cerca de 8.000 a 10.000 gestantes vivendo com vírus HIV por ano, considerando o número anual de nascidos vivos no país. No Rio de Janeiro, o Boletim Epidemiológico HIV/Aids publicado pelo Ministério da Saúde em 2019 reportou uma taxa de detecção de HIV em gestantes de 5,3 por 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro em 2018, sendo este um dos índices mais elevados do país à época (78).

Na região sul, alguns estudos apontam uma prevalência de 0.5%. Outro estudo focado em mulheres jovens (15-24 anos) encontrou uma prevalência de 0.7% (IC 95%: 0,4-1.1%)(94). Em uma análise de dados de 2003 em municípios do Sul do Brasil, a prevalência foi de 0.5% (IC 95%: 0.3-0.6%) (95). Esses dados indicam que a prevalência de HIV entre PWLWHIV no Brasil é geralmente inferior a 1%, mas pode variar dependendo da região e do grupo etário treinado.

Embora o Brasil apresente uma cobertura nacional de testagem para HIV superior a 80%, persistem importantes disparidades regionais e sociais no acesso aos serviços de saúde. Essas desigualdades resultam em oportunidades perdidas para o diagnóstico precoce, particularmente entre as gestantes, reforçando a necessidade de controle da infecção pelo HIV durante o pré-natal (93,96,97).

O momento do diagnóstico na gestação é crucial para o sucesso das intervenções preventivas da transmissão vertical. Os dados atualizados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde (98), revelam uma evolução significativa no perfil de detecção entre 2011 e 2021. Nesse período, observou-se que houve um aumento progressivo no diagnóstico durante o primeiro trimestre gestacional, uma redução nos casos identificados apenas no momento do parto e uma melhoria na vinculação entre o diagnóstico e o início imediato do tratamento (35,98).

Esse diagnóstico antecipado é fundamental porque permite a introdução oportuna da TARV, estratégia central na prevenção da transmissão vertical. Quando a TARV é administrada corretamente durante a gestação, o parto e o período pós-natal, essa taxa pode ser reduzida para menos de 1% (99). A supressão da carga viral materna antes do parto é o principal fator determinante para esse sucesso, sendo essencial que o tratamento seja iniciado preferencialmente no primeiro trimestre da gestação (100,101).

Além da detecção precoce e do início imediato da TARV, é necessário assegurar que os serviços de testagem sigam os "5 C's" recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS): Consentimento, Confidencialidade, Aconselhamento, Correção dos resultados dos testes e Conexão com os serviços de saúde especializados (42). Esses princípios garantem uma abordagem ética, eficaz e humanizada ao cuidado da gestante, fortalecendo a adesão ao tratamento e promovendo o vínculo com a equipe de saúde (102). A incorporação dessas diretrizes é especialmente importante em regiões com altas taxas de vulnerabilidade social,

onde o estigma ainda pode ser uma barreira significativa para o acesso e continuidade do cuidado (41,103).

As medidas preventivas recomendadas para PWLWHIV no Brasil, onde a prevalência de infecção por HIV entre gestantes é geralmente inferior a 1%, incluem Oo diagnóstico precoce e repetido, a terapia antirretroviral (TARV), cuidados obstétricos especializados, profilaxia do recém nascido, evitar a amamentação e suporte e acompanhamento contínuo (104).

As PWLWHIV devem ser educadas sobre os benefícios da TARV para sua própria saúde e para reduzir o risco de transmissão do HIV para seu bebê. Na ausência de TARV, o risco de uma mãe transmitir o HIV para seu recém-nascido é de aproximadamente 30%. No entanto, o risco pode ser reduzido para menos de 2% por meio de TARV, intervenções obstétricas (ou seja, parto cesáreo eletivo com 38 semanas de gravidez se carga viral alta) e evitar a amamentação. PWLWHIV devem ser encaminhadas a um provedor de cuidados de HIV com experiência no tratamento do HIV na gravidez e receber tratamento e aconselhamento pré-natal e pós-parto (104). A amamentação deve ser evitada, e os substitutos do leite materno devem ser fornecidos para prevenir a transmissão pós-natal do HIV (105–107).

A principal causa para a não supressão viral do vírus HIV no momento do parto é adesão insuficiente seja pelo início tardio do pré-natal ou por falta de cooperação das gestantes (36). Para melhorar a adesão é necessário um maior, rápido e fácil acesso aos serviços de saúde de pré-natal bem como uma maior eficiência dos serviços de saúde em fornecer os medicamentos e controlar sua adesão. É importante lembrar que a adesão ao tratamento também promove a melhoria do estado de saúde e sobrevida das mulheres vivendo com o vírus HIV (36,108).

O Brasil tem avançado significativamente na prevenção da transmissão vertical do HIV, resultado de esforços sustentados nas áreas de vigilância epidemiológica, ampliação do acesso à terapia antirretroviral (TARV) e qualificação da atenção ao pré-natal. Esse progresso é evidenciado pela redução expressiva da taxa de detecção de HIV em crianças menores de cinco anos, que caiu de 3,4 casos por 100 mil habitantes em 2012 para 1,5 casos em 2022, o que representa uma diminuição de 55,9% em uma década (103). A queda nos indicadores reforça a importância das estratégias de rastreio precoce no pré-natal, início oportuno do tratamento PWLWHIV e a implantação de medidas integradas de acompanhamento do binômio mãe-bebê (37).

Esse resultado positivo também é fruto da consolidação de políticas públicas que garantem o fornecimento gratuito de testes rápidos para HIV, TARV para todas as pessoas diagnosticadas independentemente da carga viral ou contagem de CD4, fórmulas infantis como substituto ao aleitamento materno e o acompanhamento especializado das crianças expostas. Desde a adoção do modelo de "tratamento para todos", instituído nacionalmente em 2013, houve expressiva ampliação da cobertura de TARV entre gestantes, o que impactou diretamente na queda da transmissão perinatal do HIV (14,24).

Além das melhorias nos indicadores epidemiológicos, o país também se destacou no cenário internacional por iniciativas de certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Essa certificação é concedida pelo Ministério da Saúde com base em critérios definidos em conjunto com a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os quais envolvem indicadores epidemiológicos, cobertura assistencial e marcos normativos. Entre 2017 e 2019, os municípios de Curitiba e Umuarama, no estado do Paraná, tornaram-se os primeiros do Brasil a obter essa certificação, representando um marco importante na luta contra a transmissão vertical no país (78,109).

O progresso continuou. Em 2023, a cidade de São Paulo, com mais de 12 milhões de habitantes, se tornou a maior metrópole do mundo a obter a certificação internacional pela eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita (110). Essa conquista simboliza não apenas um avanço técnico e assistencial, mas também político e institucional, mostrando que é possível alcançar altos padrões de cobertura e eficácia mesmo em contextos urbanos complexos e com alta densidade populacional .

De forma ainda mais promissora, o número de municípios brasileiros reconhecidos por atingirem os critérios de eliminação aumentou 70% apenas entre 2022 e 2023, passando de 43 para 73 cidades certificadas . Esse significativo avanço nos indicadores de saúde pública resulta de um conjunto articulado de ações, incluindo o aumento progressivo dos investimentos governamentais, a descentralização das ações de saúde e a integração efetiva entre os diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa trajetória de política de saúde do Brasil reflete o compromisso do país com a Agenda 2030 e com o Desenvolvimento Sustentável, particularmente no que se refere ao Objetivo de Desenvolvimento

Sustentável 3 (ODS3), que estabelece como meta “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (103).

Apesar desses avanços, o Ministério da Saúde alerta que ainda há desigualdades regionais na cobertura de diagnóstico e tratamento, especialmente nas regiões Norte e Nordeste e entre populações vulnerabilizadas, como mulheres indígenas, negras e em situação de rua. Portanto, a manutenção da vigilância epidemiológica ativa, a qualificação dos serviços de atenção básica e a ampliação de políticas públicas com foco em equidade são fundamentais para consolidar os ganhos alcançados e caminhar rumo à eliminação nacional da transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública (40).

Como os estudos vem demonstrando cada vez mais eficiência em tratar as pacientes vivendo com vírus HIV, torna-se importante aumentar as políticas de saúde pública visando a cobertura de 100% das gestantes no pré-natal, e zerar a transmissão vertical do vírus HIV entre mãe e feto. Infelizmente a baixa escolaridade, a baixa condição socioeconômica da população gestante vivendo com o vírus HIV, a má qualidade da assistência pré-natal em alguns locais e a ausência da disponibilidade da terapia antirretroviral ainda impedem a prevenção da transmissão vertical de forma efetiva, apesar das várias medidas implantadas pelo Ministério da Saúde na gestação, no momento do parto, após o parto e no recém-nascido exposto (111).

O Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV, Sífilis, Hepatite Be Doença de Chagas representa uma iniciativa fundamental do governo brasileiro para erradicar a transmissão vertical dessas infecções. Alinhado a compromissos internacionais como o ODS3, a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das crianças e dos adolescentes entre 2016 e 2030; e; Iniciativa Opas/OMS para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV, Sífilis, Hepatite e Doença de Chagas (PMTCT Plus 2017) (111) o pacto visa fortalecer políticas públicas baseadas em evidências e equidade.

Essa iniciativa está fundamentada em três pilares principais: a garantia do diagnóstico precoce por meio da testagem universal durante o pré-natal e na admissão para o parto, o acesso irrestrito ao tratamento antirretroviral com acompanhamento rigoroso da adesão terapêutica, e a implementação de estratégias educativas tanto para as gestantes quanto para os profissionais de saúde. A

abordagem adotada pelo Ministério da Saúde prevê ainda o monitoramento nominal de cada caso pelas equipes da Atenção Primária, assegurando que nenhuma gestante vivendo com HIV fique sem o acompanhamento adequado.

Um aspecto fundamental dessa estratégia é o reconhecimento das diferentes vulnerabilidades que afetam as gestantes. Por isso, foram desenvolvidas ações específicas para populações em situação de maior risco, como mulheres privadas de liberdade, em situação de rua ou usuárias de substâncias psicoativas. Essas iniciativas são complementadas por campanhas de prevenção que enfatizam a importância do uso de preservativos e por investimentos contínuos na capacitação dos profissionais de saúde.

A incorporação de novas tecnologias diagnósticas e a melhoria dos sistemas de monitoramento laboratorial representam avanços importantes nessa área. Esses recursos permitem não apenas identificar precocemente os casos de infecção, mas também acompanhar de perto a eficácia do tratamento. Estudos recentes demonstram que essa abordagem integrada, combinada com o fortalecimento da rede de atenção à saúde, tem sido fundamental para reduzir os casos de transmissão vertical no país (111).

O governo brasileiro visa atingir a meta da OMS de menos de 1 infecção pelo vírus do HIV por 100000 nascidos vivos. Para incentivar, estabeleceu o programa de certificação dos municípios e estados que atinjam a incidência de 0,3 novos casos ou menos e a prevalência de 2% de crianças infectadas entre os expostos ao vírus HIV (112,113).

A meta de zerar a transmissão vertical do vírus HIV em todos os Estados e municípios é muito importante e vai de encontro a agenda de 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). É importante a ação organizada nos três níveis de atenção à saúde no Brasil (federal, estadual e municipal). É igualmente importante fortalecer as ações da vigilância epidemiológica também nas três esferas, revisando e atualizando os sistemas de informação e notificação da infecção pelo vírus HIV, bem como ampliar o acesso e a adesão ao tratamento gratuito com antirretroviral. Não tem como promover a equidade, o acesso e a integralidade do cuidado da saúde sem promover uma melhora estrutural do SUS, começando pela atenção primária de saúde (59,114).

A participação da sociedade e dos meios de comunicação também podem ser úteis, oferecendo materiais audiovisuais bem como materiais didáticos, visando diminuir o estigma e a discriminação ainda existente hoje. É essencial que seja mais divulgação nas mídias sociais sobre as formas de contaminação e as ações de prevenção e tratamento da transmissão vertical de HIV. O desenvolvimento de iniciativas voltadas a pessoas em idade de engravidar e em situação de vulnerabilidade como mulheres privadas de liberdade, em situação de rua, usuárias de álcool ou drogas é importante, pois estas mulheres estão em maior risco e tem um acesso muito difícil ao sistema de saúde (81,115).

O incentivo a formação de profissionais de saúde especializados, melhoria da assistência pré-natal e das maternidades brasileiras são essenciais para atingir a meta de zerar a transmissão vertical de HIV. O trabalho é árduo e espinhoso, sendo necessário uma incansável persistência para atingir os objetivos bem como de políticas de saúde visando a melhoria dos serviços de saúde especializados (88).

Agora que já foi abordado a situação das gestantes vivendo com o HIV , a terapia antiretroviral, vamos agora ver o estado da arte do parto. A carga viral indetectável não só garante uma vida saudável para a mulher, como também se tornou sinônimo de intransmissibilidade do vírus. Isso significa que uma gestante com carga viral suprimida tem risco praticamente zero de transmitir o HIV para seu filho durante a gestação, o parto ou o pós-parto (desde que não amamente).

É neste novo paradigma, onde o foco se desloca da simples prevenção para a promoção plena da saúde, que se abre um espaço crucial e necessário. A pergunta que antes era "Como evitar a transmissão?" agora se amplia para: "Como garantir que essa mulher viva uma experiência gestacional e um parto dignos, respeitosos e cheios de afeto?"

Se o vírus não é mais uma sentença, o cuidado não pode mais se restringir ao combate a ele. A gestante vivendo com HIV é, antes de tudo, uma mulher grávida, com todos os seus desejos, medos, sonhos e direitos. Ela merece ser a protagonista absoluta de seu parto.

1.2. O Parto Humanizado e suas diretrizes atuais

A assistência humanizada ao parto tem ganhado cada vez mais relevância no cenário da saúde pública, representando uma abordagem que valoriza não apenas os aspectos biológicos, mas também emocionais e sociais envolvidos nesse momento único na vida da mulher. Essa perspectiva busca garantir um cuidado integral, respeitando a autonomia e as escolhas da gestante, de modo a transformar o parto em uma experiência positiva e empoderadora (116).

Nas últimas três décadas, a discussão sobre práticas de assistência ao parto tornou-se central nas políticas de saúde globais, impulsionada por dois fatores principais: os altos índices de mortalidade materna e neonatal e a preocupação com o uso excessivo de intervenções médicas desnecessárias. Pesquisas demonstram que a medicalização excessiva do parto pode gerar traumas físicos e psicológicos duradouros, afetando negativamente a experiência materna (117).

O movimento pela humanização do parto propõe uma reformulação do modelo assistencial tradicional, colocando a mulher no centro do processo decisório. Essa abordagem não rejeita os avanços tecnológicos, mas defende seu uso criterioso e baseado em evidências científicas, priorizando práticas que favoreçam a fisiologia do parto quando não há riscos identificados (118).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que cerca de 85% dos partos poderiam ocorrer com intervenções mínimas, desde que acompanhados por profissionais qualificados em um ambiente adequado (119).

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde tem implementado políticas que incentivam o parto humanizado, como a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto, a liberdade de movimento e posição durante o processo, e o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê. Essas práticas demonstram resultados positivos tanto na satisfação das mulheres quanto nos indicadores de saúde neonatal (120).

A avaliação multidimensional deve incluir avaliação do trabalho de parto e parto, avaliação do suporte emocional do parceiro e da família e avaliação dos aspectos emocionais (121). Dos 20 preditores das percepções das mulheres sobre o parto, os mais fortes foram o tipo de parto; grau de consciência do trabalho de parto, relaxamento e controle; apoio do parceiro(122); e estar junto com o bebê após o

nascimento (118). McKelvin et al. realizaram uma revisão sistemática para avaliar a experiência do parto e encontraram resultados contraditórios, sendo necessário mais estudos (121).

O parto humanizado deve preencher alguns requisitos, dentre eles os seguintes direitos: a parturiente deve passar por no mínimo seis consultas de pré-natal (123)(123); a ter seu acompanhante presente durante todo o trabalho de parto e parto; de garantir sua vaga em um hospital no momento do parto; e, a elaborar e ter respeitado o seu plano de parto. A gestante deve ter todas as suas dúvidas resolvidas antes de finalizar o seu plano de parto com o obstetra. Dessa maneira, o parto humanizado está voltado para garantir a autonomia da mulher sobre a escolha do seu tipo de parto de acordo com o que ela julgar mais adequado e confortável para o nascimento do seu filho (123). As seis consultas pré-natal são essenciais para a gestante adquirir informações sobre as intervenções obstétricas que podem acontecer na assistência ao parto e principalmente entender que se necessárias, elas são a diferença para o sucesso do parto e o nascimento do feto sem comprometimentos. Não se deve obrigar a gestante a uma intervenção, mas ela precisa ser orientada no pré-natal das intercorrências que podem acontecer durante o trabalho de parto. O consentimento informado deve ser discutido com as gestantes ao longo do pré-natal e todas as suas dúvidas devem ser dirimidas. O parto humanizado não deve ser uma questão de “*marketing*”. A gestante precisa entender os processos fisiológicos do parto, mas saber que às vezes, as decisões a serem tomadas pelo obstetra visam o melhor resultado do binômio materno-fetal e que estas intervenções algumas vezes são necessárias para salvar a vida. A autonomia da gestante deve ser sempre respeitada, mas deixando bem claro no consentimento informado as consequências possíveis decorrentes das suas escolhas. O consentimento informado livre e esclarecido antes do parto é essencial para a gestante entender as intervenções médicas possíveis e participar das decisões do (124).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece parâmetros fundamentais para uma assistência qualificada ao parto, baseados no respeito aos direitos e necessidades das gestantes. Essas recomendações enfatizam a importância de um atendimento digno, que preserve a privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de qualquer forma de violência obstétrica. Um aspecto central dessas diretrizes é o direito à escolha informada, permitindo que a mulher participe ativamente

das decisões sobre seu cuidado. A comunicação clara e empática entre profissionais de saúde e parturientes, juntamente com a presença contínua de um acompanhante escolhido pela gestante, constituem elementos essenciais para uma experiência positiva do parto (125,126).

O processo fisiológico do trabalho de parto apresenta características distintas em suas diferentes fases. A fase inicial, denominada latente, se caracteriza por contrações uterinas que promovem modificações progressivas no colo uterino, embora ainda não resultem em dilatação completa. Esta etapa preparatória antecede a fase ativa, que se inicia quando a dilatação cervical atinge aproximadamente 5 centímetros. Nesse momento, as contrações tornam-se mais intensas, regulares e eficazes, levando à dilatação completa necessária para o nascimento (127,128).

A abordagem recomendada pela comunidade científica internacional valoriza modelos de cuidado contínuo, preferencialmente liderados por enfermeiros obstétricos especializados. Essa perspectiva integrada busca harmonizar os avanços tecnológicos com as necessidades emocionais e físicas da mulher, promovendo uma experiência de parto segura e respeitosa (127,129).

A OMS, em suas orientações clínicas mais recentes, recomenda que gestantes de baixo risco recebam avaliação cuidadosa do bem-estar fetal ao serem admitidas para o parto, preferencialmente por meio de ausculta com estetoscópio de Pinard ou doppler ou ultrassonografia simples, evitando-se o uso rotineiro da cardiotocografia contínua (127).

Durante o trabalho de parto, a avaliação da progressão cervical deve ocorrer a cada 4 horas em mulheres sem complicações, evitando exames vaginais repetitivos desnecessários (128). Adicionalmente, é recomendado que se incentive a ingestão de líquidos claros e alimentos leves durante a fase ativa, bem como a mobilidade da gestante, favorecendo posições verticais que podem facilitar a descida fetal e promover maior conforto materno (127).

Quanto ao alívio da dor, a OMS sustenta que as decisões devem ser baseadas na autonomia da mulher, respeitando suas preferências. As opções podem incluir analgesia epidural, analgésicos opioides, técnicas de relaxamento (como respiração controlada e visualização guiada), massagens e compressas mornas, desde que estejam disponíveis e adequadamente monitoradas (128).

O uso de intervenções farmacológicas com o objetivo exclusivo de acelerar o

trabalho de parto, como amniotomia e administração profilática de ocitocina, é desaconselhado na ausência de indicações clínicas específicas, especialmente em gestações de baixo risco e com início espontâneo do trabalho de parto (119,130).

A OMS também desestimula uma série de práticas ainda comuns em muitos serviços de saúde, mas que carecem de respaldo científico ou apresentam risco de efeitos adversos. Entre elas estão: a realização de pelvimetria de rotina no momento da admissão, a administração de enema, a tricotomia da região pubiana, a desinfecção vaginal com clorexidina e a imposição de analgesia com o objetivo de evitar evolução lenta do trabalho de parto (127). Essas práticas, segundo as evidências atuais, não contribuem para melhores desfechos perinatais e podem interferir negativamente na experiência da mulher (128).

Por fim, em substituição ao partograma clássico, a OMS introduziu o Guia de Cuidados no Trabalho de Parto (*Labour Care Guide*), uma ferramenta interativa e atualizada que se propõe a apoiar os profissionais na tomada de decisão clínica respeitando a fisiologia do parto, evitando intervenções desnecessárias e promovendo o cuidado centrado na mulher. A adoção dessa abordagem já se mostrou eficaz em melhorar os desfechos maternos e neonatais e a satisfação com a experiência de parto (127).

A segunda fase do trabalho de parto, compreendida entre a dilatação cervical completa (10 cm) e o nascimento do bebê, é reconhecida pela OMS como um período de duração variável, influenciado por fatores como paridade, uso de analgesia e características individuais da gestante. Em geral, essa fase pode durar até 3 horas em primíparas e até 2 horas em múltíparas, sem que isso, por si só, indique necessidade de intervenção, desde que as condições maternas e fetais estejam favoráveis (128).

A OMS enfatiza a importância de respeitar o tempo fisiológico do parto e as preferências da gestante também nesta fase. Assim, recomenda-se que, independentemente do uso de analgesia epidural, as gestantes sejam encorajadas a adotar a posição de parto que lhes seja mais confortável, incluindo posições verticalizadas, como sentada, de cócoras ou em pé, desde que clinicamente seguro. Além disso, é aconselhável permitir que a mulher siga seu próprio impulso para realizar os esforços expulsivos, em vez de instruções dirigidas, promovendo uma experiência de parto mais positiva e reduzindo o risco de intervenções desnecessárias (128).

Para gestantes que utilizam analgesia epidural, a OMS sugere o adiamento dos esforços expulsivos por uma a duas horas após a dilatação completa, ou até que a mulher sinta vontade espontânea de empurrar, desde que não haja contraindicações clínicas. Essa abordagem pode aumentar as chances de parto vaginal espontâneo e reduzir a necessidade de intervenções instrumentais (128).

No que tange à proteção do períneo durante o período expulsivo, a OMS recomenda técnicas como massagem perineal, aplicação de compressas mornas e suporte manual ativo do períneo. Essas práticas, quando realizadas conforme a preferência da mulher e as condições clínicas, podem diminuir a incidência de lacerações perineais e melhorar os desfechos maternos (128).

A Organização Mundial da Saúde recomenda cautela no uso de procedimentos intervencionistas durante o parto normal, destacando que a episiotomia de rotina em partos vaginais espontâneos não apresenta benefícios comprovados e pode acarretar complicações como dor perineal persistente e dificuldades no processo de cicatrização. Essa intervenção cirúrgica deve ser restrita a casos específicos com indicação médica bem fundamentada. Da mesma forma, a manobra de Kristeller - técnica que consiste na aplicação de pressão manual no fundo uterino para acelerar o parto - não é recomendada devido à ausência de evidências que comprovem sua eficácia e aos riscos potenciais de trauma tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (128).

A adoção do Guia de Cuidados no Trabalho de Parto da OMS (*Labour Care Guide*) tem demonstrado resultados positivos na qualificação da assistência obstétrica. Essa ferramenta clínica contribui para a redução das taxas de cesarianas desnecessárias, mantendo a segurança materna e neonatal, ao mesmo tempo em que promove uma abordagem mais humanizada e fundamentada em evidências científicas (131).

O período compreendido entre o nascimento do bebê e a expulsão da placenta é conhecido como terceira fase do trabalho de parto e representa um momento de especial vigilância na assistência obstétrica. Essa fase crítica exige monitoramento cuidadoso para prevenção da hemorragia pós-parto, complicação que permanece como uma das principais causas de óbito materno em nível global. A implementação de protocolos baseados em evidências para o manejo ativo desse período tem se mostrado eficaz na redução desses eventos adversos. A OMS recomenda que todas

as intervenções nesta fase sejam baseadas em evidências para minimizar os riscos associados a essa fase (132).

A administração profilática de uterotônicos é considerada a medida mais eficaz para prevenir a HPP. A OMS recomenda o uso de 10 UI de ocitocina por via ou intravenosa como primeira escolha. Em contextos onde a ocitocina não está disponível, alternativas como misoprostol (600 µg via oral), ergometrina ou combinações fixas de ocitocina com ergometrina podem ser utilizadas, considerando-se os recursos disponíveis e as condições clínicas da parturiente (128,132).

A prática da clampagem tardia do cordão umbilical, realizada entre 1 a 3 minutos após o nascimento, é fortemente recomendada. Essa abordagem permite uma transfusão placentária adicional ao recém-nascido, melhorando os níveis de hemoglobina e as reservas de ferro, sem aumentar o risco de HPP para a mãe (128,133,134). A tração controlada do cordão umbilical pode ser considerada para auxiliar na expulsão da placenta, desde que realizada por profissionais capacitados (134,135).

A OMS desaconselha a massagem uterina de rotina após a administração profilática de ocitocina, pois não há evidências de benefícios adicionais e pode causar desconforto à parturiente.

A abordagem contemporânea do parto normal recomenda evitar o uso rotineiro de antibióticos profiláticos em partos vaginais sem complicações ou após episiotomia, visando prevenir o desenvolvimento de resistência bacteriana e preservar a microbiota natural. Essa orientação está alinhada com os princípios de uso racional de antimicrobianos e representa um avanço na assistência obstétrica. A adoção dessas recomendações baseadas em evidências científicas mostra-se particularmente relevante em cenários com recursos limitados, onde a otimização de insumos médicos é crucial para garantir desfechos positivos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (127).

O período pós-parto imediato exige atenção especializada, com profissionais capacitados para implementar as diretrizes internacionais de cuidado. A terceira fase do trabalho de parto demanda monitoramento contínuo para prevenção de complicações, sendo fundamental a atualização constante dos conhecimentos da equipe de saúde (126,127).

No que concerne aos cuidados neonatais, as recomendações atuais enfatizam

a importância do contato pele a pele imediato e ininterrupto entre mãe e bebê durante a primeira hora de vida, prática que auxilia na regulação térmica e estimula o início precoce da amamentação.

A implementação dessas práticas baseadas em evidências é essencial para melhorar os desfechos maternos e neonatais, especialmente em contextos com recursos limitados. A capacitação contínua dos profissionais de saúde e a adesão às diretrizes da OMS são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar das parturientes durante a terceira fase do trabalho de parto (136).

A OMS desenvolveu um “*checklist*” para o parto seguro, que consta de 29 itens que englobam causas frequentes de morbimortalidade materna e fetal, visando melhorar a qualidade do cuidado de saúde. Na admissão, deve-se avaliar 8 pontos: se foi iniciado o partograma; se a gestante necessita de antibióticos; se a gestante necessita de TARV; se a gestante necessita de sulfato de magnésio; se foi incentivado a presença do acompanhante no parto; se a gestante necessita de avaliação de uma junta médica; se há suprimentos suficientes para lavagem das mãos e luvas para exames vaginais; se a gestante e o acompanhante sabem os sinais de alarme e onde pedir ajuda. Deve-se avaliar exatamente antes do parto, mais 5 pontos: se a gestante necessita de antibióticos; se a gestante necessita de sulfato de magnésio; se há suprimentos adequados para o parto da gestante; se há suprimentos adequados para atendimento do recém-nato; se há profissionais capacitados a ajudar no parto. Na primeira hora após o parto, deve-se avaliar se a gestante apresenta sangramento excessivo ou anormal; se a gestante necessita de antibióticos; se a gestante necessita de sulfato de magnésio; se o recém-nato necessita de antibióticos; se o recém-nato necessita de cuidado especial ou de monitorização; se o recém-nato necessita de TARV; se ocorreu o contato pele-a-pele; se a mãe e o acompanhante sabem dos sinais de alarme e sabem onde pedir socorro. Antes da alta, deve-se avaliar mais 7 pontos: se não há sangramento anormal; se a gestante necessita de antibióticos; se o recém-nato necessita de antibióticos; se o recém-nato está se alimentando adequadamente; se a mãe for infectada com vírus HIV, que recebeu suprimento TARV para 6 semanas; se a mãe recebeu orientação de planejamento familiar e se foi marcada uma consulta de retorno (137).

1.2.1. Particularidades da gestação e do parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV

A gravidez é um período marcado por transformações físicas e emocionais, no qual a mulher vivencia expectativas e preparativos para a maternidade. O diagnóstico de HIV durante essa fase pode gerar um profundo impacto psicológico, desencadeando sentimentos de medo, culpa e incerteza, especialmente quando a descoberta ocorre tardiamente, durante o pré-natal ou no momento do parto. Pesquisas realizadas em centros de referência mostram que muitas gestantes não se consideravam em risco de infecção pelo vírus, o que intensifica o choque emocional ao receberem o resultado positivo (138)

Além das implicações emocionais, a infecção pelo HIV na gestação está associada a maiores riscos obstétricos e neonatais. Estudos epidemiológicos demonstram que mulheres vivendo com HIV apresentam maior probabilidade de complicações como parto prematuro, restrição de crescimento fetal e recém-nascidos com baixo peso (139,140). Além disso, a mortalidade materna é significativamente maior em mulheres grávidas infectadas pelo HIV em comparação com aquelas não infectadas (141).

O uso da terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação representa um avanço fundamental no manejo dessa condição. Quando administrada de forma adequada, essa terapia reduz drasticamente o risco de transmissão vertical, de cerca de 30% para menos de 2%. A TARV também melhorou significativamente os desfechos maternos e infantis (63,142). No entanto, mesmo com a TARV universal, as PWLWHIV ainda apresentam taxas mais altas de desfechos adversos em comparação com gestantes não infectadas pelo HIV (140).

A infecção pelo HIV também pode alterar a transferência transplacentária de anticorpos maternos, o que pode comprometer a imunidade antimicrobiana do recém-nascido (143). Além disso, a infecção pelo HIV está associada a alterações patológicas na placenta, como malformações vasculares maternas e corioamnionite, que podem contribuir para desfechos perinatais adversos (144).

A aceitação do diagnóstico de HIV durante a gravidez pode ser um processo emocionalmente desafiador, transformando a experiência da gravidez de um momento de alegria para um de ansiedade (138,145). Portanto, é essencial integrar

aconselhamento contínuo e cuidados psicossociais culturalmente apropriados para apoiar essas mulheres(145). Segundo Souza et al. (146), apesar do perfil de mudança de pessoas vivendo com HIV/Aids, a má adaptação psicológica ao diagnóstico está fortemente referenciada ao preconceito, estigma e discriminação, que faz com que estas pessoas sintam angústia, medo, vergonha, ansiedade e depressão (146)

A maternidade é uma experiência positiva para as PWLWHIV, porque englobam a esperança de um recém-nato saudável e da sua capacidade de criar e educar esta criança (147). As PWLWHIV experimentam sentimentos ambivalentes em relação à maternidade. Embora vivenciem alegria e realização, também enfrentam profunda angústia, medo, autoaversão e tendem a negar sua condição de saúde. Esse quadro é agravado pelo isolamento social e solidão, decorrentes do constante receio de sofrer discriminação e preconceito (148,149).

Observa-se que essas mulheres frequentemente associam diretamente o vírus HIV à AIDS e suas graves complicações. Entretanto, após obterem informações sobre as possibilidades de tratamento, demonstram maior sensação de segurança e renovada esperança. Relatos indicam que, para enfrentar momentos difíceis, elas buscam apoio na fé e na motivação de cuidar dos filhos e acompanhar seu desenvolvimento saudável. A importância do profissional de saúde é grande em esclarecer as diferenças de infecção pelo vírus HIV e AIDS, bem como fornecer informações sobre a eficácia da TARV (150,151).

O cuidado especializado para mulheres vivendo com HIV durante a gestação requer uma abordagem multidisciplinar que vá além do tratamento medicamentoso. A formação de uma equipe preparada para acolher os aspectos emocionais e psicológicos é fundamental, especialmente no que diz respeito ao enfrentamento do diagnóstico e às preocupações com a transmissão vertical. Esse acompanhamento humanizado ajuda a estabelecer uma relação de confiança entre profissional e paciente, elemento essencial para a adesão ao tratamento e o bem-estar materno-infantil (151,152).

Segundo Hernandes et al. (2019), as PWLWHIV diagnosticadas previamente vêem a gestação como um motivo de superação e materialização de um tratamento feito corretamente, já as PWLWHIV recém-diagnosticadas no pré-natal podem se sentir culpadas, abaladas e sem estrutura emocional para levar a gestação adiante (152).

Os procedimentos invasivos diagnósticos antenatal como biópsia de vilo coriônica, amniocentese ou cordocentese devem ser evitadas quando possível devido ao possível risco de infecção pelo feto pelo vírus HIV (106). A versão cefálica fetal externa também deve ser evitada pelo mesmo motivo (106).

O tempo de trabalho de parto recomendado para PWLWHIV depende principalmente da carga viral materna no momento próximo ao parto. Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists, gestantes com HIV em uso de terapia antirretroviral combinada (TARV) e com carga viral ≤ 1000 cópias/mL ao termo podem aguardar o início espontâneo do trabalho de parto após 40 semanas, sendo o manejo do tempo e da condução do parto igual ao de gestantes HIV-negativas. Nessas pacientes, a duração do trabalho de parto ou do tempo de bolsa rota não é considerada fator de risco independente para transmissão vertical, desde que a supressão viral seja adequada (153).

Para mulheres com carga viral suprimida (menor que 1000 cópias/mL) e em TARV, o parto vaginal é considerado seguro. No entanto, para aquelas com carga viral desconhecida ou não suprimida no momento do parto, a cesariana eletiva é recomendada para minimizar o risco de transmissão vertical (63,104). A Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA) e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) recomendam a cesariana eletiva a 38 semanas de gestação para essas pacientes (104).

Além disso, o monitoramento rigoroso da carga viral, contagem de células CD4, e função hepática e renal é essencial durante a gravidez (63). O aleitamento materno é desencorajado em países de alta renda devido ao risco de transmissão do HIV, enquanto em países de baixa renda, a amamentação exclusiva pode ser recomendada se a carga viral estiver suprimida e a TARV for mantida até o desmame (63).

O diagnóstico de infecção pelo HIV afeta o plano de parto ao exigir intervenções específicas para reduzir a transmissão vertical e monitorar a saúde materna e fetal, com a cesariana eletiva sendo recomendada apenas para mulheres com carga viral não suprimida (63,104).

Durante o parto vaginal em mulheres com HIV, recomenda-se evitar procedimentos invasivos que possam aumentar o risco de transmissão vertical. A rotura artificial de membranas (amniotomia), a monitorização fetal interna e a

episiotomia de rotina devem ser evitadas, assim como os toques vaginais repetidos sem indicação clínica precisa. O parto instrumentalizado com fórceps ou vácuo-extrator também não é recomendado nesses casos, devendo-se priorizar a fisiologia do trabalho de parto sempre que possível (40).

A administração intraparto de zidovudina (AZT) endovenosa mantém seu papel fundamental na prevenção da transmissão vertical, particularmente em gestantes com carga viral detectável ou desconhecida no final da gravidez. Conforme diretrizes atualizadas do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, PWLWHIV com carga viral igual ou superior a 1000 cópias/mL a partir da 34ª semana de gestação devem receber AZT intravenoso durante o trabalho de parto. O esquema terapêutico consiste em dose inicial de 2mg/kg por via endovenosa na primeira hora, seguida de infusão contínua de 1mg/kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical (154).

Para gestantes com carga viral indetectável (< 50 cópias/mL) e aderência adequada ao TARV, o uso de AZT intravenoso pode ser individualizado, conforme avaliação médica, considerando os benefícios e riscos potenciais. Essa abordagem está respaldada por evidências internacionais e nacionais que demonstram que, quando há supressão viral sustentada até o momento do parto, a necessidade de AZT intravenoso pode ser relativizada (99).

Estudos brasileiros mostram que a utilização adequada da TARV associada ao AZT intraparto e à profilaxia neonatal com AZT oral pode reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV para menos de 2% (41,154). Dessa forma, a aplicação criteriosa do AZT durante o trabalho de parto integra um conjunto de ações que têm permitido ao Brasil alcançar indicadores próximos à eliminação da transmissão vertical do HIV em diversos estados e municípios (155).

A prevenção da transmissão vertical do HIV exige uma abordagem multiprofissional e contínua, que começa com a testagem precoce da gestante e segue até a conclusão do acompanhamento da criança exposta. Essa trajetória inclui a oferta do diagnóstico no pré-natal, o início oportuno da TARV, a indicação de parto com menor risco de exposição viral, a profilaxia no recém-nascido e o seguimento ambulatorial pediátrico até a confirmação da sorologia da criança. A literatura científica brasileira mais recente tem demonstrado que, quando esse conjunto de medidas é

aplicado de forma adequada, a taxa de transmissão vertical pode ser reduzida para níveis inferiores a 2% (98,156).

Contudo, apesar do avanço das políticas públicas de prevenção, as chamadas "oportunidades perdidas" ainda são realidade em diversas regiões do Brasil. Isso inclui a não realização da testagem anti-HIV no início do pré-natal, falhas no registro e na vinculação da gestante à rede especializada, início tardio da TARV e ausência de profilaxia neonatal. Dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2023 revelam que, embora a taxa nacional de detecção de gestantes vivendo com HIV tenha se estabilizado em torno de 3,1 por mil nascidos vivos, há estados com taxas persistentemente elevadas, como Amazonas e Pará, com transmissão vertical superior a 5% em determinados municípios (98).

Estudos regionais corroboram essas disparidades. Em Santa Catarina, houve uma redução sustentada da transmissão vertical do HIV entre 2007 e 2017, associada à ampliação do pré-natal e à padronização dos fluxos de atendimento (157).

Portanto, embora o Brasil tenha demonstrado avanços expressivos e esteja entre os países com maior cobertura de TARV entre gestantes, o sucesso definitivo da prevenção da transmissão vertical depende da eliminação das desigualdades regionais, da vigilância ativa de casos e do fortalecimento das redes de cuidado em saúde sexual e reprodutiva. A consolidação do protocolo de prevenção só será possível com capacitação contínua das equipes de saúde, garantia de acesso ao diagnóstico precoce e adesão sustentada ao tratamento (74).

Os escores de suporte social total e instrumental foi significativamente maior nas PWLWHIV do que nas puérperas vivendo com o vírus HIV. As puérperas vivendo com o vírus HIV tem cerca de 8,8 vezes mais chances de ter baixo suporte social total e cerca de 6 vezes mais chances de ter baixo suporte social instrumental. Foi baixo o grau de satisfação com o apoio de amigos nas dimensões emocional ($p = 0,009$) e instrumental ($p = 0,004$). Foi evidenciado que ser gestante é fator de proteção em comparação com a situação das mulheres puérperas vivendo com o vírus HIV. O suporte social e emocional são a base para diminuir o estigma e a discriminação ainda existente (158).

Como os estudos vem demonstrando cada vez mais eficiência em tratar as pacientes com infecção pelo vírus HIV, torna-se importante em descobrir como é a experiência de parto dessas gestantes (159). Experiências negativas ou traumáticas

podem gerar menor adesão da paciente vivendo com o vírus HIV à medicação no futuro, menor taxa de gestação e distúrbios emocionais. Os programas de saúde atuais visam garantir a cobertura nacional do tratamento antiretroviral, assegurar serviços laboratoriais de qualidade e diminuir a transmissão vertical ao recém nascido. Entretanto, não há nenhum estudo nem programa visando avaliar a experiência das gestantes vivendo com HIV no parto (159).

1.3. A Experiência do Parto

A assistência ao parto em Portugal passou por profundas transformações ao longo das últimas décadas. Em 1970, a maioria dos nascimentos ocorria fora do ambiente hospitalar, sem acesso a intervenções médicas essenciais, resultando em elevados índices de mortalidade materna e fetal. Com a progressiva medicalização do parto e a universalização da assistência hospitalar, o país alcançou expressiva redução nesses indicadores, demonstrando a importância do acesso a cuidados especializados (160).

No contexto brasileiro, os desafios persistem, com taxas de mortalidade materna significativamente superiores às observadas em países desenvolvidos. Dados epidemiológicos revelam tendência preocupante de aumento dos óbitos fetais, particularmente em determinadas faixas etárias, apontando para a necessidade de aprimoramento das políticas públicas de saúde materno-infantil (78,120).

O debate contemporâneo sobre a assistência ao parto deve equilibrar o respeito à fisiologia com a segurança obstétrica. Enquanto intervenções desnecessárias podem representar violência obstétrica, a omissão de procedimentos médicos indicados configura igualmente má prática. O princípio fundamental reside na avaliação criteriosa de cada caso, considerando as melhores evidências científicas e o contexto clínico individual (127,128).

A autonomia da gestante constitui direito fundamental, que deve ser exercido com pleno conhecimento dos riscos e benefícios envolvidos. O consentimento informado qualificado representa instrumento essencial para garantir que as decisões sejam tomadas de forma consciente e responsável, preservando a dignidade e os direitos humanos da mulher. O direito da gestante à sua dignidade e autodeterminação deve ser sempre defendida. Direitos, tais como o direito à vida, à autodeterminação, à integridade física e moral, ou ao reconhecimento da sua personalidade, são inerentes a todos os membros da família humana (161).

A situação ideal do parto é que deve ser buscada é a tomada de decisão compartilhada onde o médico através do termo de consentimento informado livre e esclarecido (TCLE) fornece as informações de forma clara e precisa sobre todos os atos e riscos envolvidos no trabalho de parto e parto. De posse e entendimento destas informações, a gestante elabora seu plano de parto. O TCLE é fundamental para que

a gestante elabore seu plano de parto, mas vise o menor risco de transmissão vertical do HIV ao seu recém-nascido. Uma boa e consciente elaboração do plano de parto é o início para permitir uma experiência positiva de parto. Deve-se evitar o “paternalismo obstétrico”, onde o obstetra decide tudo e não leva em consideração o plano de parto da paciente (162,163).

Utilizando uma definição da literatura, a experiência do parto engloba as sensações e as memórias da gestante a longo prazo, incluindo emoções, sensação de trabalho bem executado, competência, confiança e poder de tomada de decisões (164). Esta experiência é complexa, multidimensional e subjetiva. Geralmente, é função dos resultados da experiência e expectativas prévias ou desejos e baseada nas diferenças entre o que era esperado ou desejado e o que foi realizado (165). A percepção de segurança pela gestante é apontada como um dos principais fatores que interferem com a satisfação da experiência de parto (166).

Taheri, Soet e Ayers expuseram que 1 em cada 3 mulheres são afetadas por trauma de parto (167–169). A humanização do parto tem sido definida como a prática do cuidado de saúde focando no bem-estar físico, emocional, psicológico da parturiente. Os profissionais de saúde são esperados a entender e ter práticas empáticas e humanizadas no cuidado do parto (170).

A experiência do parto envolve vários sentimentos da gestante como o controle do parto, autoestima, poder de tomada de decisões e capacidade de conseguir realizar o parto normal. A realização de cesariana provoca em algumas gestantes a sensação de falha, não capacidade de realizar o parto vaginal. Há a sensação de fracasso e incompetência por parte da gestante, o que pode levar a síndrome de estresse pós-traumático (PTSD). A satisfação da gestante é um indicador de qualidade do cuidado, que se torna cada vez mais importante (171). O conceito de satisfação da mulher no parto é importante para as mulheres, para os profissionais de saúde, administradores dos serviços de saúde e para os responsáveis pelas políticas de saúde (172). A satisfação da mulher no parto tem efeitos imediatos e a longo prazo da sua saúde, na saúde dos filhos, nas relações familiares, nas políticas de saúde, na amamentação e inclusive no crescimento populacional (173).

A revisão sistemática de Blasquez (173) sobre os instrumentos utilizados para medir a satisfação das pacientes com a experiência de parto incluiu 17 estudos com qualidade na literatura, sendo a maioria desenvolvido dentro da Europa e relacionados

a mulheres saudáveis com gestações de baixo risco. Todos os questionários tiveram um aspecto de confiabilidade, conteúdo e validação. Esta revisão concluiu que mais estudos eram necessários para avaliar e melhorar estes questionários e considerar populações mais específicas. Segundo esta revisão sistemática a escala mais utilizada foi a Escala de Satisfação do Parto de Mackey, que foi aplicada nos Estados Unidos, Grã-Bretanha, Holanda, Bélgica, Espanha, Irã e Brasil (173–176). Esta revisão também conclui que mais estudos são necessários e principalmente analisando as várias subpopulações de gestantes e recém-nascidos (saudáveis, prematuros e com patologia (173).

Charmer et al. expuseram que 1 em cada 3 mulheres são afetadas por trauma de parto. Taheri, Soet e Ayers acharam incidência semelhante (167–169). A humanização do parto tem sido definida como a prática do cuidado de saúde focando no bem-estar físico, emocional, psicológico da parturiente. Os profissionais de saúde são esperados a entender e ter práticas empáticas e humanizadas no cuidado do parto (170).

A experiência do parto envolve vários sentimentos da gestante como o controle do parto, autoestima, poder de tomada de decisões e capacidade de conseguir realizar o parto normal. A realização de cesariana provoca em algumas gestantes a sensação de falha, não capacidade de realizar o parto vaginal. Há a sensação de fracasso e incompetência por parte da gestante, o que pode levar a síndrome de estresse pós-traumático (PTSD) (177).

1.3.1. A experiência de parto nas Gestantes vivendo com o vírus HIV

A experiência positiva do parto pode ser um evento de empoderamento na vida de gestante com HIV. Por outro lado, a experiência negativa pode afetar o seu bem estar, o medo de novos partos (178) e causar transtornos mentais como a depressão (166,179,180). Esses estudos apontam como a percepção de segurança sendo o fator mais importante para a experiência positiva (166,181).

As mulheres vivendo com vírus HIV representam cerca de 25% dos testes e está cada vez aumentando mais devido uma combinação de sucesso da terapia antirretroviral com cargas virais baixas e da taxa menor que 1% do Programa de Prevenção da Transmissão vertical Materno-Fetal (PMTCT) (182). O PMTCT visa reduzir a transmissão vertical e sexual do HIV e melhorar a retenção da mulher vivendo com o HIV no pós-parto (183).

As PWLWHIV apresentam necessidades específicas durante o período perinatal, porque necessitam do conhecimento específico de prevenção da transmissão vertical materno-fetal bem como precisam de toda a orientação e conhecimento dos vários aspectos do parto e do cuidado como recém-nascido (45). As gestantes vivendo com o vírus HIV não somente experimentam as dúvidas e angústias do parto, bem como os desafios e dúvidas relacionados ao vírus HIV (46,184). Um grande problema ainda nos dias de hoje é a discriminação sofrida por estas pacientes (47,48). Cerca de 4,3% das gestantes recebem o diagnóstico de infecção pelo vírus do HIV durante o pré-natal (50).

O único estudo encontrado sobre a experiência de parto em gestantes vivendo com vírus HIV foi realizado por Bellotto avaliando a experiência de parto sob a perspectiva da bioética feminista (185). Foi um estudo realizado com 6 gestantes antes e após o parto, onde foi verificado a pouca participação na escolha da via do parto, a falta de orientações durante o pré-natal, o pouco uso de técnicas de analgesia e falhas no processo do cuidado humanizado. Bellotto em seu estudo chama a atenção que as mulheres vivendo com o vírus HIV se preocupam mais com a “salvação do bebê”, ou seja, a não transmissão vertical do vírus HIV do que propriamente com a sua experiência de parto. Segundo o autor, o medo da morte ou da debilidade do bebê foi recorrente, denotando a transposição ao filho da sua culpa pela presença do vírus HIV (175). Bellotto observou a falta de importância dada as preferências e as preocupações da gestante com o parto. As mulheres vivendo com o vírus HIV estariam em maior vulnerabilidade, expostas à medicalização excessiva e maior perda de autonomia no parto, já que o medo e a culpa pelo risco da transmissão vertical se somam às ênfases das políticas e dos profissionais de saúde (185).

Esta revisão pode ser considerada uma revisão inconclusiva, já que apenas um estudo preencheu os critérios de inclusão. Uma revisão de escopo com um único estudo com um “n” tão pequeno é quase uma revisão “zerada”, demonstrando uma

lacuna na literatura científica, sem estudos neste assunto. A falta de dados sobre a experiência de parto das gestantes vivendo com o vírus HIV necessita ser investigada, principalmente sob a ótica da autonomia da própria gestante(186) .

Fortin-Hughes et al.(187) realizaram um estudo de coorte entre 2013 e 2015 com 905 mulheres vivendo com o vírus HIV, que responderam questionários no pós-parto. Neste estudo, foram divididas em 4 classes de experiências de parto: 40% tiveram uma experiência de parto positiva; 23% tiveram uma experiência positiva com desafios pós-parto; 14% apresentaram uma experiência de parto mista e 23% tiveram uma experiência de parto negativa. Destes dois últimos grupos, na experiência mista cerca de 73% foram gestações não-planejadas e 68% de gestações não planejadas no grupo de experiência negativa de parto. A maioria das gestantes deste estudo tiveram o diagnóstico de HIV após o parto (70,8%). Segundo Fortin-Hughes, o tempo de diagnóstico do HIV não influenciou a experiência de parto. A maior limitação deste estudo é que o tempo médio em que o questionário foi aplicado no pós-parto é de cerca de 18 anos, o que pode ter gerado um viés importante nas memórias da experiência de parto, bem como a maioria das gestantes de fato não tinham o vírus HIV no momento do parto. Por isso, como os autores salientam apesar do grande número de mulheres com vírus HIV (905 mulheres), a amostra pode não ser representativa e por isso excluímos este estudo.

Qin et al. (188) analisaram, entre junho de 2012 e agosto de 2016, os transtornos psicológicos das 194 gestantes vivendo com vírus HIV através de questionários de ansiedade e depressão, escala de estigma HIV de Berger ou lista de problemas. A taxa de detecção positiva foi de 69,1%. A taxa de ansiedade foi de 60,8% e a taxa de depressão foi 54,1%. As características demográficas e sociais não influenciaram nestas taxas. Excluímos este estudo por não analisar a experiência do parto, apesar de analisar os aspectos emocionais da gestação.

Clouse et al. (189) estudaram 25 puérperas no período de agosto a dezembro de 2016 em pós-parto recente (entre 6 e 18 meses pós-parto). Foram feitas entrevistas sobre a continuidade do acompanhamento da criança. Os fatores identificados como barreiras foram falta de recursos financeiros, tratamento desrespeitoso por profissionais de saúde, discriminação pelo serviço prestador de saúde, falta de motivação materna e falta de tempo. Este estudo foi excluído pelas entrevistas

descritas visarem detectar as causas da interrupção do acompanhamento pós-parto e não abordar a experiência do parto.

O estudo de Greene e al. (182) realizou entrevistas narrativas no período de março de 2011 e dezembro de 2012 com 64 gestantes no terceiro trimestre e no terceiro mês pós-parto. A principal pergunta realizada foi: “Pode nos contar o que a sua gravidez, parto e pós-parto tem sido para você?”. A maioria das narrativas questionaram a privacidade, o sigilo do diagnóstico, a não exclusão das demais gestantes e puérperas e o respeito. Nas entrevistas descritas, não há relato sobre a experiência de parto. Por isso, este estudo também foi excluído.

Um estudo na Tanzânia realizado por Sando et al. verificou que 12,2% das gestantes vivendo com o vírus HIV sofreram experiência negativa no parto com abuso, físico ou verbal, e/ou negligência (190). Este estudo utilizou um desenho misto: 2000 entrevistas no pós-parto (1807 mulheres não infectadas pelo vírus HIV e 147 mulheres vivendo com vírus HIV), 208 observações diretas do atendimento ao parto pelos profissionais de saúde, 18 em entrevistas “mais profundas” e 50 entrevistas e questionários com profissionais de saúde. Como este estudo comparou gestantes vivendo com e sem vírus HIV, excluímos este estudo. Neste estudo, verificou-se que o abuso, o desrespeito e o cuidado não consentidos foram semelhantes nos 2 grupos: 15% no grupo sem o vírus HIV e 12,2% nas gestantes vivendo com o vírus HIV. Entre os abusos e desrespeito evidenciados pelas gestantes estão: episiotomia sem anestesia, amarrar pernas e/ou braços da gestante, falta de autorização para exame, falta de privacidade e confidencialidade, uso de linguagem verbal imprópria, falta de limpeza no centro de parto e /ou na enfermaria entre outros.

Muzyamba e al. (191) selecionaram 23 gestantes divididas em 2 grupos: a- 12 gestantes vivendo com vírus HIV atendidas por atendentes de parto treinadas; b-11 gestantes vivendo com vírus HIV que foram atendidas pelas atendentes de parto não treinadas. Neste estudo, Muzyamba também entrevistou as atendentes de parto treinadas (8) e os profissionais de saúde envolvidos com as gestantes (9). Em relação ao grupo tratado pelas atendentes de parto treinadas enaltecem o cuidado personalizado e contínuo no pré-natal, parto e pós-parto; menor estigmatização, maior suporte logístico e emocional para aderência a terapia antirretroviral. As limitações das atendentes de parto treinadas foram as complicações, principalmente as cesarianas de urgência. Os profissionais médicos foram críticos admitindo as

limitações das atendedoras de parto treinadas para as intervenções necessárias as complicações. Mas alguns profissionais admitiram a sua importância num suporte emocional, social e logístico as gestantes vivendo com o vírus HIV. Este estudo foi excluído por analisar o papel das atendedoras de parto treinadas ou não, mas não analisa o que as gestantes acharam da experiência do parto.

A escassa literatura sobre a experiência de parto das mulheres vivendo com o vírus HIV já havia sido levantada por Cichowitz (46) que justamente chama a atenção que os estudos privilegiam a avaliação da transmissão vertical do HIV e a retenção das gestantes no pós-parto nos serviços de acompanhamento e cuidado da criança. Em relação a estes pontos, existe uma revisão sistemática que chama a atenção que o engajamento no cuidado pós-parto depende da participação do parceiro, suporte social e experiência de parto (192). Cichowitz (46) questiona o quanto a experiência de parto pelas gestantes vivendo com vírus HIV pode influenciar a adesão ao programa PMTCT (Programa de prevenção da transmissão do HIV de mãe para a criança) no pós-parto. Também não existe estudos deste aspecto. O assunto é importante já que a experiência negativa do parto, pode causar alterações psicológicas e emocionais que diminuam a adesão ao PMTCT. Por isso, realizamos uma revisão de escopo sobre a satisfação das PWLWHIV com a experiência de parto (186).

1.4. Os direitos das gestantes no Parto e a legislação existente no Brasil e em Portugal

A proteção especial às mulheres durante a gravidez e puerpério está consagrada nas constituições de Portugal e Brasil, refletindo o reconhecimento desse período como de maior vulnerabilidade. Em Portugal, o artigo 68º da Constituição garante essa proteção, materializada no acesso universal à assistência médica através do Serviço Nacional de Saúde (artigo 64º) (193). No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece no artigo 5º os princípios fundamentais de igualdade perante a lei, direito à vida, liberdade e segurança, complementados pelo artigo 196 que define a saúde como direito de todos e dever do Estado (87).

A legislação portuguesa, através da Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), estabelece medidas diferenciadas para grupos vulneráveis, incluindo prioridade no atendimento às gestantes. A autonomia decisória da mulher encontra amparo na Lei 15/2014, que garante o direito à escolha informada sobre procedimentos médicos, à assistência humanizada e à presença de acompanhante durante todo o processo de parto. Esta norma assegura ainda direitos específicos como o alívio da dor, a privacidade e o acesso a cuidados baseados em evidências científicas (194).

A Lei n.º 15/2014 (194) e a Lei n.º 110/2019 (195), de 9 de setembro em Portugal, atribui direitos à parturiente em contexto de saúde, que incluem: direito aos melhores cuidados de saúde baseados nos melhores conhecimentos científicos e nas recomendações da OMS e incentiva a gestante a implementar um plano de parto institucional (Apêndice 9.14).

No Brasil, também existe a Lei Federal 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS, seja da rede própria ou conveniada (196). A lei é válida tanto para parto normal quanto para cesariana, e a presença do acompanhante não pode ser impedida pelo hospital, médicos, enfermeiros ou qualquer outro membro da equipe de saúde. No contexto brasileiro, a Lei 11.108/2005 consolida o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, reforçado por normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Vigilância Sanitária. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Portaria 353/2017) estabelecem parâmetros para uma

assistência obstétrica respeitosa, enfatizando o consentimento informado e a participação ativa da gestante nas decisões clínicas.

No contexto brasileiro, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Portaria 353/2017) e do o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelecem parâmetros para uma assistência obstétrica respeitosa, enfatizando o consentimento informado e a participação ativa da gestante nas decisões clínicas (120). O entendimento por parte da gestante e do seu acompanhante são fundamentais para a tomada de decisão da gestante (197).

No Brasil, o Código Civil, em seu artigo 15º (198), assegura que ninguém pode constranger ninguém a submeter-se a tratamento médico ou intervenção cirúrgica. De maneira alguma, a mulher poderá ser forçada a realizar uma cesárea ou uma episiotomia, por exemplo. Ainda, de acordo com o princípio da transparência (Código do Direito do Consumidor -CDC, art. 6, III) cabe ao médico, também, apresentar à paciente todas as informações acerca do serviço médico, bem como seus riscos. Isto é, antes mesmo de um direito da parturiente, é um direito da mulher, assegurado como consumidora.

A nível federal, não há nenhuma legislação sobre violência obstétrica. Mas a nível estadual, o estado de Santa Catarina na lei 18322 (199), de 5 de janeiro de 2022, ratifica a lei 17.097 de 17 de Janeiro de 2017 e a lei 17205 (200), de 19 de julho de 2017, que foi criada em defesa das mulheres na hora do parto e no pós-parto. Nesta lei, é no artigo 34 considerado violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério. Para efeitos do disposto neste Capítulo considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.”

No Estado do Paraná, a Lei nº 19.701 (201), de 20 de novembro de 2018 e a Lei 21102, de 21 de junho de 2022 trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Esta lei dispõe:

“CONDUTAS QUE CONFIGURAM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: (art. 2º)

I - qualquer ação ou omissão que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico;

II - a negligência na assistência em todo período gravídico e puerperal;

III - a realização de tratamentos excessivos ou inapropriados e sem comprovação científica de sua eficácia;

IV - a coação com a finalidade de inibir denúncias por descumprimento do que dispõe esta Lei.

SÃO DIREITOS DA GESTANTE E DA PARTURIENTE: (art. 3º)

I - avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema ou equipe de saúde;

II - assistência humanizada durante a gestação, durante o parto e nos períodos pré-parto e puerperal;

III - acompanhamento por uma pessoa por ela indicada durante o período pré-parto e pós-parto;

IV - tratamento individualizado e personalizado;

V - preservação de sua intimidade;

VI - respeito às suas crenças e cultura;

VII - o parto adequado, respeitadas as fases biológica e psicológica do nascimento, garantindo que a gestante participe do processo de decisão acerca de qual modalidade de parto atende melhor às suas convicções, aos seus valores e às suas crenças;

VIII - o contato cutâneo, direto e precoce com o filho e apoio na amamentação na primeira hora após o parto, salvo nos casos não recomendados pelas condições clínicas.”

A legislação do estado do Paraná estabelece um marco importante na proteção dos direitos das gestantes e no combate à violência obstétrica. As Leis Estaduais nº 19.701/2018 e nº 21.102/2022 definem com clareza o que constitui violência obstétrica, caracterizando-a como qualquer ação ou omissão que cause dano físico, psicológico ou moral à mulher durante a gravidez, parto ou pós-parto. Essas normas buscam coibir práticas como a negligência na assistência, a realização de procedimentos médicos desnecessários ou sem embasamento científico, e qualquer forma de coação que possa silenciar as mulheres frente a más práticas (205).

Entre os direitos garantidos destacam-se a assistência humanizada em todo o processo gravídico-puerperal, a presença de acompanhante escolhido pela gestante, o respeito à sua intimidade e crenças culturais, e a participação ativa nas decisões sobre o parto. A legislação assegura ainda o contato imediato entre mãe e bebê após o nascimento, salvo em casos com contraindicação médica comprovada. Um aspecto fundamental é o reconhecimento da autonomia da mulher, que tem o direito de recusar procedimentos como exames de toque repetitivos ou episiotomias sem justificativa clínica adequada (205).

As leis paranaenses também abordam especificamente o direito à informação, garantindo que as gestantes recebam explicações claras sobre os diferentes tipos de parto, seus riscos e benefícios, permitindo assim escolhas verdadeiramente conscientes. Essa proteção jurídica se aplica de forma abrangente, cobrindo todos os estabelecimentos de saúde, independentemente de sua natureza pública ou privada. A legislação representa um avanço significativo na garantia dos direitos reprodutivos e na qualificação da assistência obstétrica no estado (205).

1.5. Os Princípios da Bioética e sua relação com o parto

1.5.1. Conceito de Bioética, Biodireito e Ética:

Surgida como disciplina acadêmica nos Estados Unidos durante a década de 1970, a bioética consolidou-se como campo de estudo dedicado à análise sistemática da conduta humana em situações que envolvem pesquisa, atenção e tratamento em saúde. Seu escopo abrange desde questões clínicas cotidianas até complexos dilemas morais decorrentes dos avanços tecnológicos e científicos, sempre considerando valores e princípios éticos fundamentais (202,203).

Na área da saúde, representa o estudo da conduta humana na pesquisa, atenção e tratamento à luz dos valores e princípios morais. Abrange dilemas relacionados à ética dos profissionais de saúde, incluindo assistência à saúde, as investigações biomédicas em seres humanos e as questões humanísticas e sociais, dentre elas o direito à saúde. Os princípios analisados da bioética são beneficência, maleficência, autonomia e justiça (202).

Mais do que uma ferramenta de análise, a bioética apresenta-se como ponte entre os avanços tecnológicos e os valores humanos, buscando harmonizar o progresso científico com as diversas concepções morais e culturais. Seu objetivo central reside em garantir que os benefícios decorrentes do desenvolvimento tecnológico sejam aproveitados de forma responsável, sempre respeitando a dignidade humana e promovendo o bem-estar coletivo (204)..

A inteligência artificial (IA) pode contribuir significativamente para a redução dos custos associados ao desenvolvimento e à implementação de tecnologias de ponta em diversos setores da saúde. A IA pode otimizar estratégias que combinem a expertise humana com algoritmos de otimização, reduzindo os custos. A IA pode reduzir custos de tecnologias de ponta ao acelerar o desenvolvimento, otimizar processos, automatizar tarefas, melhorar a tomada de decisão e diminuir riscos financeiros(205).

A IA tem potencial para transformar a experiência de parto ao oferecer suporte em tempo real à tomada de decisão clínica, melhorar a monitorização materno-fetal e individualizar o cuidado obstétrico. Algoritmos de IA, como o Artificial Intelligence

Dystocia Algorithm (AIDA), utilizam dados de ultrassonografia intraparto para mensurar parâmetros geométricos (por exemplo, ângulo de progressão, distância cabeça-sínfise) e prever desfechos do parto, facilitando a detecção precoce de distocias e malposições fetais. Isso permite uma estratificação de risco mais precisa e pode antecipar intervenções necessárias, reduzindo complicações maternas e neonatais (206).

Métodos baseados em IA demonstraram desempenho próximo ao de especialistas na distinção entre traçados normais e patológicos de CTG em tempo quase real, auxiliando na identificação de sofrimento fetal e apoiando decisões sobre o momento e a via de parto. Essa abordagem pode reduzir a variabilidade interobservador e aumentar a segurança do parto (207).

Têm sido desenvolvidos sistemas de suporte à decisão clínica por IA para fornecer recomendações diagnósticas, preditivas e terapêuticas durante o cuidado obstétrico, incluindo o parto. Esses sistemas podem integrar dados clínicos, laboratoriais e de imagem para apoiar decisões mais rápidas e embasadas, além de contribuir para vigilância custo-efetiva e redução de erros (205,208).

A IA têm sido aplicada para prever complicações como parto prematuro, distúrbios hipertensivos e diabetes gestacional, permitindo intervenções precoces e personalizadas. A IA pode, assim, contribuir para a redução de morbidade materna e neonatal ao antecipar riscos e individualizar condutas (209).

Embora a IA ofereça avanços tecnológicos, a literatura enfatiza a necessidade de manter a empatia e a humanização no cuidado, além de garantir que algoritmos sejam desenvolvidos e validados em populações diversas para evitar vieses e ampliar o acesso equitativo aos benefícios dessas tecnologias (210).

Em resumo, a IA pode aprimorar a experiência de parto ao oferecer monitorização mais precisa, suporte à decisão clínica, detecção precoce de complicações e personalização do cuidado, desde que implementada com rigor ético, transparência e foco na equidade (205,206,209,210).

As políticas de saúde devem tentar conciliar os princípios da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento com o imperativo de gerar verdadeiros ganhos e de combate ao desperdício. A responsabilização progressiva dos cidadãos deve ser incentivada como forma de fiscalização. O Novo Estado Social terá que ser moderno e sustentável. A contenção de custos deve ser efetuada através da

implementação de estratégias que visem a obtenção de ganhos de eficiência nas políticas de saúde. Nesta visão, cabe ao Estado estabelecer as prioridades de saúde em cada sociedade. E sem dúvida nenhuma a infecção pelo vírus HIV é uma das prioridades da saúde global atual (204).

O acelerado progresso biotecnológico das últimas décadas tem demandado uma profunda reavaliação dos institutos jurídicos tradicionais, dando origem ao biodireito - campo interdisciplinar que examina as implicações legais dos avanços em medicina e biotecnologia. Esse ramo do direito se consolida como ferramenta essencial para regular as complexas questões éticas e jurídicas decorrentes da intervenção humana nos processos biológicos, sempre com foco na proteção da dignidade humana (211).

Como disciplina jurídica aplicada, o biodireito estabelece parâmetros normativos para as atividades médico-científicas, harmonizando os princípios da bioética com o ordenamento jurídico (212). Seu arcabouço teórico fundamenta-se em quatro pilares basilares: o respeito à autonomia individual (especialmente através do consentimento informado), a beneficência (busca pelo bem-estar), a não-maleficência (prevenção de danos) e a justiça (equidade no acesso aos benefícios científicos). Esses princípios orientam a criação de normas que delimitam os limites éticos da intervenção humana na vida. O Biodireito objetiva a preservação da dignidade humana e da bioética (202,203).

Um momento decisivo para a bioética global ocorreu em 2005, quando a Conferência Geral da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) aclamou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (213). Na ocasião, os Estados-membros, em conjunto com a comunidade internacional, assumiram o compromisso de honrar e implementar os princípios fundamentais da bioética nela contidos (213).

Esses princípios abrangem uma vasta gama de preocupações, incluindo: a dignidade humana e os direitos humanos; a ponderação entre efeitos benéficos e nocivos; a autonomia e a responsabilidade individual; o consentimento informado e a situação de pessoas incapazes de fornecê-lo; o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal; a privacidade e a confidencialidade; a igualdade, justiça e equidade; a não discriminação e não estigmatização; o respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; a solidariedade e a cooperação; a responsabilidade social

e a saúde; a partilha dos benefícios; a proteção das gerações futuras; e a proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade (213).

É relevante mencionar um estudo com países da União Europeia que enfatiza a função desses princípios como valores fundantes para uma bioética e um biodireito europeus. A pesquisa conclui que tais princípios éticos básicos não devem ser interpretados como verdades transcendentais e eternas, mas sim como diretrizes primordiais que incentivam uma reflexão contínua sobre os valores inerentes à sua própria cultura.

Dessa forma, a DUBDH é um documento de natureza aberta, que permite que cada nação signatária integre suas regras com a legislação nacional e com as normas internacionais. Consequentemente, o biodireito estrutura-se em três categorias de princípios: os princípios ligados à pessoa humana (como a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos); os princípios sociais (como a igualdade, a equidade e a justiça); e os princípios ambientais (como a proteção das gerações futuras, da biosfera e da biodiversidade) (213).

O Biodireito está em voga quando se fala da experiência positiva do parto e da violência obstétrica (211,212). É importante ressaltar que muitos dos princípios do biodireito já estão presentes na Constituição Federal (87)e até em tratados internacionais como DUBDH (213).

Um movimento social em prol da humanização do parto e do nascimento tem ganhado força no Brasil e internacionalmente desde o final do século XX. Esse movimento questiona o modelo hegemônico hospitalocêntrico de assistência ao parto e propõe transformações no atendimento obstétrico hospitalar. Suas bases estão alinhadas com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985 e 2018, que defendem práticas como o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno na primeira hora de vida, ao alojamento conjunto (permanência da mãe com o recém-nascido) e à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto. Além disso, valoriza a atuação de enfermeiras obstétricas na condução de partos de baixo risco (120,128,214).

O movimento também recomenda a eliminação de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, intervencionistas e potencialmente prejudiciais, como a episiotomia, amniotomia, administração de enema, tricotomia e o uso excessivo de instrumentos como fórceps ou a realização de cesarianas sem indicação clínica

precisa (120,128).

No campo da bioética, embora sua função não seja estabelecer normas ou condutas impositivas, ela não está imune à tendência de normatização. Os três princípios originais do Relatório Belmont – respeito pelas pessoas (posteriormente denominado autonomia), beneficência e justiça – foram reformulados por Beauchamp e Childress, que passaram a distinguir quatro princípios, separando a beneficência da não-maleficência (202,203).

A Ética, por sua vez, é entendida como a disciplina que reflete sobre a moral e os fundamentos que orientam um conjunto específico de normas morais. Ela estuda as formas de comportamento humano e examina criticamente as regras de conduta, buscando compreender a base de certas obrigações. Por meio de sua investigação, a Ética distingue entre o correto e o incorreto, o virtuoso e o vicioso, o bom e o mau nas ações humanas (215,216).

Concluindo, a ética médica busca equilibrar os princípios de beneficência e da não-maleficência, a justiça e a autonomia (214,215,217). No contexto da gestante vivendo com o vírus HIV, a autonomia da paciente ganha um destaque crucial, como veremos a seguir.

1.5.2. A autonomia e a gestante vivendo com o vírus HIV

“O conceito de autonomia refere-se à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se autorrealizar” (161). A adoção desse princípio permitiu a transição de um modelo paternalista caracterizada pela relação entre profissionais de saúde e pacientes, seguindo a tradição hipocrática para uma visão antropológica centrada na pessoa da paciente. Esta passa a ser vista como um ser racional, consciente de sua dignidade, livre e responsável por decisões relacionadas a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a ela dirigidos (161).

A medicina contemporânea não se funda mais na suposta superioridade intelectual e técnica do profissional sobre a paciente, mas sim no respeito incondicional à sua autonomia. Essa mudança de paradigma, de caráter revolucionário, continua a influenciar a legislação brasileira e portuguesa, refletindo-

se especialmente no Código Penal. Nele, intervenções realizadas sem consentimento prévio são tipificadas como ofensas corporais, salvo em situações excepcionais em que o consentimento é presumido (161).

A perspectiva ética afirma que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos (203). Nesse contexto, o consentimento informado da paciente revela-se essencial para assegurar o pleno respeito à sua autonomia (218,219).

Sobre dignidade humana e autonomia, Professor Rui Nunes em Diretivas Antecipadas de Vontade (220) define:

“Em outra perspectiva, a dignidade humana é tanto o fundamento da sociedade plural e secular como a sede dos valores sociais que todos partilhamos. A principal emanção do conceito de dignidade humana é o princípio lapidar do respeito e tolerância pelo outro, especialmente na sua autonomia individual. Portanto, e mais 44 uma vez, configura-se um princípio no plano ético, e com um rosto jurídico, que é o direito à liberdade de autodeterminação de todos os seres humanos. Emerge, assim, na sociedade plural e secular, o conceito de que cada pessoa tem o direito e o dever de se autorrealizar – não obstante a existência de situações de especial fragilidade física e psicológica. (Nunes, 2016, p. 33-34) [...] Em síntese, a dignidade humana – de todas as pessoas humanas – deve ser considerada como o fundamento da ética em uma sociedade plural e secular, conceito do qual decorrem os valores estruturantes da nossa sociedade, especialmente, a autonomia individual, a solidariedade interpessoal, e a igualdade de oportunidades no acesso aos bens sociais” (Nunes, 2016, p. 35)

Todos os consumidores de saúde, incluindo as mulheres grávidas, têm o direito de tomar decisões autônomas sobre seus cuidados médicos. Isto inclui a capacidade de recusar seguir instruções médicas conselhos, diretrizes ou políticas (221). Os cuidados de maternidade são distintos de outras áreas da saúde, pois a gravidez não é uma doença, mas sim um processo fisiológico normal. Além disso, a relação interdependente entre os a mãe e o feto levantam preocupações legais e éticas únicas. Como tal, o princípio aparentemente claro da autonomia criou confusão e tensão para uma série de partes interessadas nos cuidados de maternidade, incluindo mulheres, prestadores de cuidados, decisores políticos e seguradoras (222,223) .

A autonomia das PWLWHIV na tomada de decisões durante a gravidez e o parto está associada à melhoria da satisfação materna e dos resultados psicológicos. Estudos mostram que quando as mulheres sentem que têm controlo sobre as suas decisões relativas ao parto, relatam níveis mais elevados de satisfação e níveis mais baixos de depressão pós-parto (224). A autonomia melhora a qualidade do atendimento e a segurança. As PWLWHIV que estão ativamente envolvidas na

tomada de decisões têm mais probabilidade de aderir aos planos de cuidados e adotar comportamentos que promovam a saúde materna e fetal, aumentando a aderência ao TARV. O aumento da autonomia está associado a uma maior utilização dos serviços de cuidados pré-natais e dos partos em unidades de saúde, que são essenciais para reduzir a morbidade e a mortalidade materna e neonatal (225,226)

A autonomia respeita o princípio ético do cuidado centrado na paciente. Ela garante que as PWLWHIV sejam informadas sobre suas opções e possam fazer escolhas que estejam alinhadas com seus valores e preferências. Isso é particularmente importante em contextos onde intervenções como cesáreas ou induções de parto são consideradas. As PWLWHIV que se sentem pressionadas a aceitar intervenções relatam níveis mais baixos de autonomia e satisfação (227,228). Por fim, a autonomia nas decisões sobre o parto pode impactar os resultados maternos a longo prazo. A autonomia percebida durante o parto demonstrou prever uma maior autoeficácia parental no pós-parto, o que é essencial para a saúde mental materna e para uma parentalidade eficaz (224).

A autonomia das PWLWHIV é significativamente alterada pelo modelo de assistência à maternidade, pela natureza das interações com os prestadores de cuidados e pela capacidade das PWLWHIV de autodeterminação. Se os profissionais de saúde adquirirem habilidades na tomada de decisões centradas na pessoa, a experiência de autonomia entre PWLWHIV pode melhorar (227,228).

A autonomia também desempenha um papel crucial nos resultados psicológicos. Estudos têm mostrado que a autonomia percebida durante o parto está associada a níveis mais baixos de depressão e ansiedade pós-parto. As gestantes que se sentem mais autônomas durante o parto, relataram maior autoeficácia parental e menores sintomas depressivos pós-parto. Além disso, a satisfação das necessidades psicológicas básicas, incluindo autonomia, durante a gravidez está ligada a menos sintomas depressivos pós-parto e melhores comportamentos parentais iniciais (229).

Os benefícios de longo prazo da autonomia se estendem à melhoria da saúde mental materna, à melhoria do relacionamento inicial mãe-filho e da eficácia parental. A autonomia percebida durante o parto demonstrou prever maior autoeficácia parental, o que é essencial para a parentalidade eficaz e a saúde mental materna no período pós-parto. Além disso, a autonomia na tomada de decisões durante os

cuidados de maternidade está associada a melhor adaptação materna e menor estresse parental, particularmente naquelas com histórico de depressão (230,231).

A autonomia na gravidez impacta positivamente os resultados da saúde mental materna ao aumentar a satisfação materna, reduzir o sofrimento psicológico e promover o bem-estar materno a longo prazo (231–233). O aumento da autonomia durante a gravidez está associado a menores taxas de depressão pós-parto, aumentando a satisfação materna e melhorando os resultados psicológicos, conforme evidenciado por vários estudos (229,232).

A autonomia das mulheres é significativamente alterada pelo modelo de assistência à maternidade, pela natureza das interações com os prestadores de cuidados e pela capacidade das mulheres de autodeterminação. Se os profissionais de saúde adquirirem habilidades na tomada de decisões centradas na pessoa, a experiência de autonomia entre mulheres grávidas pode melhorar (227).

Os cuidados da maternidade respeitosos são um direito universal e fundamental de todas as mulheres grávidas. Isto inclui o respeito pela dignidade, autonomia, empatia, privacidade, confidencialidade, sentimentos, escolhas e preferências das mulheres, incluindo o companheirismo durante os cuidados da maternidade e os cuidados contínuos durante o trabalho de parto e parto (221).

Partes interessadas nos cuidados de maternidade (por exemplo, médicos, responsáveis políticos fabricantes, seguradoras) podem influenciar a forma como as mulheres grávidas exercem seus direitos durante a gravidez e o parto e principalmente ajudar que esses direitos sejam respeitados (223). Portanto, é importante compreender e orientar as percepções dos prestadores de cuidados sobre a autonomia das mulheres. e os direitos do feto, a fim melhorar a relação de respeito no cuidado médico (223).

No campo da bioética, as discussões sobre a redução da capacidade decisória geralmente focam em pessoas com doenças graves, idosos ou indivíduos com demência. No contexto obstétrico, embora as gestantes sejam geralmente jovens e saudáveis, podem enfrentar dificuldades para tomar decisões durante o trabalho de parto. Um diálogo voltado para fornecer informações, debater alternativas de conduta médica e obter consentimento informado pode se mostrar desafiador para uma mulher que experimenta dores e contrações a cada dois ou três minutos (234).

É fundamental que os desejos manifestados pela parturiente durante o trabalho

de parto, mesmo quando divergentes do plano inicialmente estabelecido, sejam rigorosamente respeitado (234). Observa-se que mulheres que participam de aulas preparatórias para a gravidez e partos seguros, ou que elaboram planos de parto prévios, demonstram maior probabilidade de ter um parto vaginal (162,235).

As percepções do cuidado durante o trabalho de parto e parto podem ser influenciadas por vários fatores como cultura, informações prévias, informações do pré-natal, experiências de parto anteriores (236). O estigma e a discriminação ainda existentes hoje em dia podem alterar as tomadas de decisões das PWLWHIV (48,237). Os preconceitos dos profissionais de saúde desempenham um papel significativo na limitação da autonomia durante o parto, principalmente por meio de atitudes que prejudicam a capacidade de tomada de decisão das PWLWHIV. As crenças e preferências pessoais dos profissionais de saúde, a dinâmica do poder e controle de informações bem como os preconceitos podem influenciar fortemente a extensão em que as PWLWHIV estão envolvidas na tomada de decisões sobre as opções de parto (238).

As PWLWHIV também têm direito à sua autonomia na escolha do parto. A recomendação ministerial sobre o tipo de parto está na dependência na quantidade de carga viral: [...] “se a carga estiver indetectável o parto é indicação obstétrica, então se tudo correr bem vai ser parto normal, não tem o que discutir [...] a não ser que tenha uma contraindicação obstétrica” (239).

1.5.3. A justiça e a gestante vivendo com o vírus HIV

O princípio da justiça garante a distribuição equitativa de recursos e benefícios, visando assegurar oportunidades iguais de acesso aos serviços de saúde de forma integral. A legislação reconhece o direito fundamental de todo ser humano à assistência médica, cabendo ao Estado a responsabilidade de garantir esse acesso, independentemente da condição sócioeconômica do indivíduo. Essa premissa rejeita qualquer tipo de discriminação e estabelece mecanismos eficazes para preservar a dignidade humana no âmbito da atenção à saúde, assegurando que todos tenham

tratamento igualitário perante os avanços e os cuidados médicos disponíveis (202).

A justiça distributiva no sistema de saúde visa que todas as pessoas tenham acesso ao cuidado com equidade e solidariedade. Todos os cidadãos devem ter acesso ao mesmo tipo de provisão pública de cuidados de saúde independentemente do ponto do país em que se encontrem e do hospital público a que tenham acesso (204). No caso da transmissão vertical, ela é muito necessária visando que todas as mulheres gestantes tenham acesso aos serviços de saúde, visando a triagem da infecção pelo vírus HIV precocemente, se possível no primeiro trimestre. Infelizmente, no Brasil ainda não temos este amplo acesso e muitas gestantes ainda chegam no terceiro trimestre (240).

A discriminação pela sociedade e pela família ainda pode representar o motivo pelas PWLWHIV não procurarem os serviços especializados e fazerem uso da medicação TARV (241). O medo do estigma e da discriminação, que pode também estar ligado ao medo da violência, desencoraja as PWLWHIV a revelar sua sorologia até mesmo aos familiares e parceiros sexuais, além de prejudicar sua capacidade e vontade de acessar e aderir ao tratamento. O medo de familiares e amigos descobrirem sua infecção faz com que muitas PWLWHIV não procurem serviços especializados e diminuam a adesão ao TARV (241).

Assim, o estigma e a discriminação das PWLWHIV podem criar barreiras significativas ao acesso equitativo ao parto, afetando tanto o atendimento médico quanto a experiência da gestante no sistema de saúde. Esse estigma, frequentemente baseado em preconceitos e falta de informação, pode levar ao medo e à marginalização das PWLWHIV, fazendo com que elas evitem buscar cuidados médicos adequados por receio de julgamento ou tratamento inadequado(241) .

No cenário do parto, a discriminação pode resultar em práticas de cuidado desumanizantes, como a imposição de decisões sem o devido consentimento informado, a falta de sensibilidade para as necessidades emocionais e psicológicas da gestante, ou até mesmo a negativa de acesso a serviços essenciais, como o acompanhamento especializado e as opções de parto seguras. Além disso, o estigma pode afetar a confiança da gestante nos profissionais de saúde, dificultando a comunicação e a adesão a tratamentos necessários, como a profilaxia para prevenir a transmissão vertical do HIV.

A exclusão social e o isolamento, consequência dessa discriminação, também

podem impactar a saúde mental da gestante, aumentando o estresse e a ansiedade, que por sua vez podem afetar negativamente o parto e o pós-parto. O acesso equitativo ao parto, portanto, depende de um ambiente livre de estigmas, onde todas as gestantes, independentemente de sua condição de saúde, recebam cuidados respeitosos, informados e sensíveis às suas necessidades individuais.

O estigma social associado ao HIV/AIDS constitui um fenômeno complexo caracterizado por atitudes negativas, estereótipos prejudiciais e comportamentos discriminatórios direcionados as PWLWHIV, seus familiares e redes de apoio. Conceptualizado como uma "marca social", o estigma opera através de mecanismos sociopsicológicos que marginalizam as PWLWHIV, frequentemente resultando em exclusão social e violação de direitos fundamentais (242).

O estigma funciona como uma barreira crítica à eficácia dos programas de saúde pública (115,243). Algumas das PWLWHIV em contextos de baixa e média renda relatam adiar ou evitar serviços de saúde devido ao medo de discriminação. Este fenômeno impacta diretamente na cadeia de prevenção e tratamento: a internalização do estigma correlaciona-se com menor adesão à TARV e redução na busca por testagem voluntária entre populações-chave (12,18,24).

Juridicamente, a Lei Brasileira nº 12.984/2014 representa um marco no enfrentamento institucional da discriminação, tipificando como crime condutas discriminatórias baseadas no estado sorológico (244).

Negar o acesso aos serviços de saúde significa excluir parte da população, neste caso das gestantes vivendo com vírus HIV, dos avanços científicos e tecnológicos da medicina, privando-a do alívio do sofrimento e da possibilidade de evitar a transmissão vertical. Tal exclusão representaria uma violação grave dos princípios que sustentam uma sociedade justa, pois criaria uma hierarquia baseada em condições econômicas e sociais, ferindo profundamente a dignidade humana, (48,241,245).

1.5.4. O princípio da beneficência e da não-maleficência e a gestante vivendo com o vírus HIV

O princípio da beneficência, um dos mais antigos da ética médica, remonta ao

juramento de Hipócrates e foi depois incorporado ao Relatório de Belmont. Originalmente associado à idéia de “agir para o bem do paciente”, muitas vezes foi utilizado para justificar posturas autoritárias dos profissionais de saúde, que impunham decisões sobre o argumento de saber o que era melhor para o doente. (202).

No entanto, a verdadeira beneficência não se limita à perspectiva médica e sim, a que à perspectiva do que a própria paciente entende como benéfico para a sua vida (246). Na prática, o profissional de saúde tem a obrigação de empregar todos os meios disponíveis, dentro de seu conhecimento e capacidade, para promover o bem-estar da gestante vivendo com o vírus HIV. No entanto, essa obrigação refere-se aos meios, ou seja, aplicação do tratamento adequado. Não se refere aos fins, ou seja garantia de cura, sempre respeitando a autonomia e a dignidade da gestante assistida.

O princípio da não-maleficência é expresso na máxima “primum non nocere”, ou seja, “antes de tudo, não causar dano”. Estabelece o dever ético de evitar ações que intencionalmente prejudiquem a gestante. Esse conceito presente desde 1947 no Código de Nuremberg e no juramento hipocrático representa um compromisso mínimo da prática médica que é a obrigação de não utilizar o conhecimento técnico para lesar ou agravar a condição de quem busca cuidado (202).

Embora a beneficência e a não-maleficência estejam interligadas, possuem naturezas distintas. Enquanto a primeira exige uma ação positiva de promover o bem, a segunda impõe uma restrição de evitar o mal. Este princípio enunciava que o profissional de saúde usaria os recursos de saúde para ajudar o paciente e “jamais os usarei para lesá-lo ou prejudicá-lo”. Para Beauchamp e Childress, a não-maleficência carrega um peso moral mais forte, pois sua violação configura negligência ou má prática. Assim, qualquer intervenção médica deve ter como intenção primordial beneficiar a paciente, evitando os riscos desnecessários ou os danos previsíveis à sua saúde (202,203).

1.5.5. Consentimento Informado e a gestante vivendo com o vírus HIV

A dinâmica entre médicos e pacientes passou por uma transformação

significativa, abandonando progressivamente o modelo paternalista tradicional hipocrático em favor de uma abordagem mais colaborativa, um quase companheirismo activo. Este novo paradigma, conhecido como “decisão médica compartilhada”, coloca o direito à auto-determinação e à autonomia da paciente no centro do processo terapêutico (247).

Enquanto o avanço do conhecimento médico proporciona diagnósticos e tratamentos mais precisos, cabe ao profissional não apenas transmitir informações, mas também compreender as necessidades, o contexto e as prioridades individuais de quem está sob seus cuidados médicos (248).

No modelo de decisão médica compartilhada, a informação deixa de ser um privilégio concedido pelo médico e torna-se um pressuposto essencial para uma escolha consciente. O consentimento informado (CI) é um pilar fundamental desse processo, mas não se resume a uma mera formalidade. Um consentimento verdadeiramente eficaz surge de uma comunicação clara e sensível, que permite a paciente participar ativamente da decisão, compreendendo os riscos, os benefícios e as alternativas. CI é o consentimento informado, que também é denominado de consentimento informado, livre e esclarecido, já que a compreensão e a liberdade de decisão são partes fundamentais do conceito(249).

Vale destacar que o CI não se limita a ouvir o médico e concordar passivamente. É antes de tudo, um direito da paciente de escolher entre diferentes opções terapêuticas, incluindo a possibilidade de recusar os procedimentos que considere invasivos ou desalinhados com os seus valores. Essa mudança reflete uma relação mais equilibrada, na qual a paciente, longe de ser um sujeito passivo, torna-se uma agente ativa no próprio cuidado, em parceria com o profissional de saúde. O objetivo final permanece o mesmo, que é alcançar o melhor resultado possível, mas agora por meio de uma decisão conjunta, respeitosa e verdadeiramente informada (161).

O reconhecimento do direito à autodeterminação trouxe implicações significativas tanto na prática médica quanto para o ordenamento jurídico. Hoje, é obrigação do profissional de saúde fornecer ao paciente todas as informações essenciais antes de qualquer intervenção, garantindo que este possa tomar decisões conscientes e participar ativamente no próprio cuidado. Quando o médico omite dados relevantes que seriam cruciais para o consentimento da paciente e mesmo assim

realiza o procedimento, configura-se uma violação do direito à autodeterminação, e não um simples exercício da autonomia técnica do profissional (250).

O CI representa a materialização concreta do respeito à autonomia da paciente, exigindo um diálogo transparente onde as informações médicas devem ser transmitidas de forma clara, honesta e baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Esse processo contínuo de comunicação permite a paciente compreender plenamente sua situação de saúde, avaliar criticamente as opções apresentadas e tomar decisões voluntárias e ponderadas sobre os procedimentos a serem realizados. O médico tem a obrigação de documentar no prontuário todas as informações compartilhadas, as dúvidas esclarecidas e as preferências expressas pela paciente, lembrando sempre que o consentimento pode ser revogado a qualquer momento (161).

Na área da saúde materna, o CI assume uma importância ainda maior, sendo considerado pela WHO como elemento fundamental para um atendimento verdadeiramente centrado nas necessidades da gestante. Trata-se de um direito básico que deve ser exercido em condições de plena liberdade, sem qualquer forma de pressão ou coerção por parte da equipe médica (251).

O livre consentimento é o acto pelo qual a parturiente, de livre vontade e esclarecida, autoriza determinada intervenção médica (terapêutica ou não) com potenciais efeitos na sua vida e qualidade de vida. Este livre consentimento é absolutamente incompatível com qualquer forma de pressão de terceiros ou coacção. As situações de vulnerabilidade física ou emocional, como as que ocorrem durante o trabalho de parto, exigem cuidado redobrado para garantir que as decisões sejam tomadas de forma verdadeiramente autônoma, com informações completas e sem influências indevidas (252).

Em resumo, para que a gestante possa de facto decidir livremente no momento do parto e consentir ou não qualquer intervenção, tem de ser esclarecida antes. Quando o médico não cumpre devidamente o seu dever de esclarecimento, o consentimento deve considerar-se, em regra, inválido (251,252).

O cuidado à gestante vivendo com o vírus HIV representa um dos maiores avanços da obstetrícia moderna com a implementação de protocolos de TARV, profilaxia para transmissão vertical e mane. Contudo, este sucesso técnico-científico deve ser acompanhado por uma prática médica igualmente rigorosa em seus aspectos éticos (253).

Neste contexto, o CI na gestante vivendo com HIV é um processo dinâmico de comunicação e compartilhamento de decisões, que deve iniciar no primeiro dia do pré-natal e se estender por toda a gestação, o parto e o puerpério. Os pilares são a capacidade das PWLWHIV em compreender as informações; a divulgação completa e clara por parte do profissional; a verificação da real compreensão; a garantia de que a decisão é voluntária e livre de coerção, e a autorização final, que é antes de tudo um acordo de confiança, preferencialmente documentado (254).

Diversas áreas do cuidado das PWLWHIV demandam uma aplicação rigorosa deste processo. A decisão de iniciar ou ajustar a terapia antirretroviral (TARV) na gestação, por exemplo, deve ser amplamente compartilhada. A gestante deve ser informada não apenas dos benefícios, como a supressão viral e a drástica redução do risco de transmissão vertical, mas também dos potenciais riscos e efeitos adversos dos medicamentos, além das consequências graves da não-adesão ao tratamento, sempre baseando a discussão nas evidências mais recentes sobre segurança farmacológica na gestação (253).

A via de parto constitui outra decisão crítica que deve ser tomada de forma conjunta. A recomendação é fundamentada primordialmente na carga viral materna no momento do parto. Para gestantes com carga viral suprimida (<1000 cópias/mL), o parto vaginal é seguro e recomendado, com risco de transmissão equivalente ao da cesárea eletiva. Já para aquelas com carga viral elevada (≥ 1000 cópias/mL), a cesariana eletiva é indicada para reduzir o risco de transmissão intraparto. Cabe ao médico explicar de forma clara a lógica por trás de cada recomendação, permitindo que a gestante participe ativamente da escolha (255).

A discussão sobre a alimentação do recém-nascido é talvez uma das mais sensíveis e que mais exige sensibilidade e clareza na comunicação. A recomendação baseada em evidências é a alimentação com fórmula infantil em contextos onde esta é aceitável, factível, acessível, sustentável e segura, para eliminar por completo o risco de transmissão pós-natal pelo aleitamento materno. É imperativo esclarecer que mesmo com carga viral indetectável no sangue, o vírus pode estar presente no leite materno, representando um risco (254,255).

Por fim, o processo de consentimento informado também se aplica à testagem diagnóstica do recém-nascido. Os pais devem compreender e consentir com o esquema de monitoramento, que inclui PCR após 48h de vida, aos 3 meses e aos 18 meses, entendendo sua importância crucial para um diagnóstico precoce e uma

intervenção imediata, caso necessária (254).

Em conclusão, o manejo das PWLWHIV é um exemplo paradigmático de como a excelência técnica deve andar de mãos dadas com a excelência ética. O CI é uma ferramenta prática que operacionaliza este princípio. Ele garante que a gestante seja a protagonista de seu cuidado, transformando-a de receptora passiva de protocolos em parceira ativa e informada. Este processo fortalece a aliança terapêutica, melhora a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, contribui para os desfechos favoráveis tão almejados: a saúde da mulher e a prevenção da transmissão vertical do HIV. Cabe aos médicos, ir além da prescrição de medicamentos e adotar uma postura de diálogo, respeito e compartilhamento de informações, honrando assim a autonomia e a dignidade de cada paciente (255).

1.5.6. Plano de Parto e a gestante vivendo com o vírus HIV

O plano de parto, conhecido igualmente como plano de nascimento, representa um instrumento importante no qual a gestante, juntamente com seu acompanhante, registra suas preferências e anseios em relação ao processo de parto. Este documento tem como função orientar a equipe de saúde que prestará assistência durante o trabalho de parto e nascimento, servindo como referência para alinhar as expectativas da parturiente com os procedimentos médicos.

Sua elaboração deve ocorrer ao longo do pré-natal, permitindo que a gestante reflita sobre suas escolhas e discuta-as com os profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento. É recomendável que, durante essa fase, a mulher e seu acompanhante visitem a maternidade onde ocorrerá o parto, conhecendo as possibilidades disponíveis e as rotinas do local. Dessa forma, as decisões registradas no plano serão fundamentadas em informações claras, contribuindo para uma experiência mais consciente e alinhada com seus desejos (256).

O plano de parto é um consentimento informado preenchido durante o atendimento pré-natal, quando os profissionais de saúde têm mais tempo para explicar e discutir com as PWLWHIV. O plano de parto é um processo de tomada de decisão compartilhada (SDM) no qual as PWLWHIV, o parceiro e os profissionais de saúde (Profissionais dos cuidados de saúde -HCPs) decidirem como será a experiência

do parto com base nos desejos e valores maternos, nas melhores evidências científicas disponíveis e na capacidade física da maternidade (estrutura física, experiências dos médicos e disponibilidade de equipamentos) (Mei et al., 2016). O SDM é uma forma de melhorar a satisfação das PWLWHIV e garantir um atendimento de alta qualidade com resultados de saúde. A SDM pode ser especialmente importante para as PWLWHIV durante a gravidez e o parto, quando os médicos precisam decidir, com base nas mais altas evidências científicas, a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV para o feto, mas precisam levar em conta as opiniões e os desejos da mãe. Vários estudos foram realizados nos últimos anos sobre SDM com relação a mulheres grávidas (162,258). Infelizmente, nenhum estudo foi feito com relação às PWLWHIV.

O desenvolvimento do plano de parto ajuda as PWLWHIV a entender o que acontece em cada estágio do trabalho de parto. O plano de parto organiza as ideias, além de oferecer a oportunidade de compartilhar as decisões com o acompanhante escolhido, que estará ciente das escolhas da gestante e de como agir quando a hora. A discussão sobre plano de parto com o profissional de saúde permite fazer perguntas e entender o que pode ser possível ou não. Flexibilidade é a palavra-chave, para todas as partes envolvidas: um plano de parto é apenas isso, um plano. Mas um plano acordado entre a mãe e o profissional de saúde, que ajuda a mãe a preencher de acordo com as diretrizes e a estrutura física da maternidade (163). O nascimento, por sua natureza, é um evento que é impossível de prever e onde tudo pode mudar repentinamente, é importante que as pacientes gestantes vejam o plano de parto como um desejo e não como um conjunto de regras a serem seguidas. É importante que as gestantes estejam cientes do que pode mudar no plano de parto, especialmente de acordo com a carga viral no final da gravidez. É essencial enfatizar que as PWLWHIV, os parceiros, as enfermeiras e os médicos devem ser flexíveis durante o preenchimento do plano de parto, bem como durante o trabalho de parto e o parto, adaptando o plano de parto a todos os eventos dinâmicos do trabalho de parto e do parto (259).

Ter um plano de parto impacta significativamente a comunicação entre a paciente e a equipe de saúde durante o trabalho de parto e o parto, aumentando a clareza e a compreensão mútua das preferências e expectativas da paciente (260). Os planos de parto servem como uma ferramenta estruturada que permite às

gestantes articular seus valores e escolhas em relação a vários aspectos do parto, como controle da dor, mobilidade durante o parto e cuidados pós-parto (257). Essa documentação pré-parto ajuda os profissionais de saúde a entender os desejos da paciente e a adaptar seus cuidados de acordo, promovendo uma experiência de parto mais personalizada e respeitosa (261).

No entanto, a eficácia dos planos de parto pode ser influenciada pelas atitudes dos prestadores de cuidados de saúde e pela flexibilidade do plano. Alguns prestadores podem ver os planos de parto como restritivos ou irrealistas, o que pode dificultar sua utilidade na prática (261). Portanto, é crucial que tanto as pacientes quanto os prestadores abordem os planos de parto com um grau de flexibilidade e comunicação aberta para se adaptarem à natureza dinâmica e imprevisível do parto (262).

O plano de parto se mostra como um instrumento valioso não apenas para auxiliar na definição da via de nascimento, mas também como um meio de qualificar a assistência obstétrica, apresentando potencial para contribuir na redução dos índices de cesarianas. Evidências demonstram que mulheres que elaboram esse documento tendem a passar por menos intervenções durante o trabalho de parto, como a administração de ocitocina sintética e a ruptura artificial da bolsa amniótica. Da mesma forma, observa-se menor ocorrência de procedimentos neonatais como a internação em UTI neonatal e a aplicação profilática de pomada oftálmica com eritromicina (263).

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam que cada gestante representa uma individualidade com necessidades e expectativas particulares. Ao acolher e respeitar as escolhas expressas no plano de parto, a equipe médica não apenas promove uma assistência mais humanizada, mas também reconhece e valoriza a autonomia da mulher no processo de parturição. Essa postura profissional contribui para uma experiência mais positiva e respeitosa do nascimento, alinhando as práticas médicas com os direitos e desejos da parturiente (264).

As mulheres que escrevem planos de partos também são submetidas à menos intervenções obstétricas durante o trabalho de parto, como uso de ocitocina e ruptura artificial de membranas amnióticas. Algumas intervenções neonatais também são menos utilizadas, como a probabilidade de ter seu recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva e profilaxia de infecção ocular com pomada de

eritromicina (235). Os profissionais que assistem as mulheres em trabalho de parto devem sempre considerar que cada parturiente é um indivíduo único, com necessidades e desejos específicos. Ao apoiar o plano de parto da paciente, os médicos estarão respeitando a autonomia da mulher

As vantagens dos planos de parto são:

- Os planos de parto contribuem para a tomada de decisão compartilhada. Ao discutir e documentar as preferências com antecedência, as mulheres e seus parceiros podem participar ativamente do processo de tomada de decisão, o que pode levar a uma experiência de parto mais personalizada e satisfatória (265). Os planos de parto podem ajudar as mulheres a sentirem uma maior sensação de controle e empoderamento durante o parto.

- Facilitam a comunicação melhorada entre a mulher grávida e a sua equipe de saúde, tanto médicos como enfermeiras. Esta comunicação ajuda a garantir que as preferências e as expectativas da gestante são claramente compreendidas e consideradas durante o trabalho de parto e o parto (266).

- Em terceiro lugar, o uso de um plano de parto tem sido associado a resultados maternos e neonatais positivos. Estudos têm mostrado que mulheres que usam planos de parto podem passar por menos intervenções, como analgesia epidural e cesáreas de emergência, e ter melhores resultados psicológicos, incluindo menor medo do parto e menores taxas de depressão pós-parto e PTSD (267).

No entanto, é importante notar que o sucesso de um plano de parto depende da flexibilidade e do apoio dos profissionais de saúde, bem como de expectativas realistas das gestantes e dos seus parceiros. A tomada de decisões compartilhadas e a satisfação da paciente também trazem riscos potenciais:

1. Expectativas não atendidas: Um risco significativo é que os planos de parto podem criar expectativas irrealistas. Se a experiência real do parto se desviar do plano, isso pode levar à decepção e insatisfação. Isso é particularmente preocupante se as gestantes acreditam que o plano de parto pode prever com precisão a experiência do parto (264).

2. Resistência do Profissional de Saúde: Alguns médicos ou enfermeiras podem ver os planos de parto como restritivos ou como um desafio à sua autonomia profissional. Essa resistência pode dificultar a comunicação eficaz e a tomada de decisão compartilhada, potencialmente levando a conflitos e redução da satisfação do

paciente (268).

3. Inflexibilidade: Planos de parto muito rígidos podem não levar em conta a natureza imprevisível do parto. Essa inflexibilidade pode resultar em intervenções médicas necessárias sendo adiadas ou recusadas, o que pode comprometer os resultados maternos e neonatais (267).

4. Aconselhamento inadequado: se os planos de parto forem criados sem aconselhamento completo e discussões realistas, eles podem refletir preocupações desatualizadas ou enfatizar questões menores. Isso pode levar a conselhos ruins e expectativas inadequadas, aumentando ainda mais o risco de insatisfação (265).

5. Impacto emocional: O impacto emocional das expectativas não atendidas pode ser profundo, levando potencialmente a resultados psicológicos negativos, como a PTSD ou depressão pós-parto (266,269,270).

Estudos demonstraram que o uso de planos de parto está associado a melhores resultados obstétricos, como maior probabilidade de parto vaginal e menor uso de analgesia epidural. Além disso, os planos de parto podem levar a menos cesáreas de emergência e a menores taxas de depressão pós-parto e PTSD (268).

O aprimoramento da comunicação entre as PWLWHIV e os profissionais de saúde, incentivando discussões e a participação de parceiros de PWLWHIV durante o atendimento pré-natal. Aumentar a participação dos parceiros é uma forma de melhorar a satisfação das PWLWHIV (268). Essa comunicação ajudou a garantir que as preferências e expectativas da mulher fossem claramente compreendidas e consideradas durante o trabalho de parto e o parto (264).

O fato de não envolver as PWLWHIV e seus parceiros nas discussões pode levar à insatisfação, a um parto traumático e a uma experiência negativa (271). Um bom plano de parto seguido pelos profissionais de saúde levará à satisfação, ao empoderamento das PVHA e a uma experiência de parto positiva. Os profissionais de saúde descrevem as normas e práticas institucionais, quase sempre resulta em maior respeito pela confidencialidade do status do HIV e não discriminação (272).

O plano de parto ajudou as PWLWHIV a entender as intervenções médicas para evitar a transmissão vertical, o que, conseqüentemente, fez com que as PWLWHIV tivessem uma maior sensação de controle e capacitação durante o parto. Esse senso de controle foi associado a uma maior satisfação com a experiência do parto e a um melhor cumprimento das expectativas do parto. Entretanto, é importante

observar que o sucesso de um plano de parto depende da flexibilidade e do apoio dos profissionais de saúde, bem como das expectativas realistas das mulheres e de seus parceiros (273). É essencial que as PWLWHIV saibam que o plano de parto deve ser flexível, pois o parto é sempre uma surpresa e podem ocorrer algumas complicações e mudanças potenciais. As PWLWHIV precisam ter expectativas realistas e não sonhos.

Em resumo, embora os planos de parto possam melhorar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada, eles também apresentam riscos como expectativas não atendidas, resistência do profissional de saúde, inflexibilidade, aconselhamento inadequado e impactos emocionais negativos. Esses riscos destacam a importância de criar planos de parto flexíveis e bem informados por meio de discussões colaborativas entre pacientes e profissionais de saúde. Os planos de parto devem servir como uma ferramenta educacional, ajudando as mulheres a entender a importância da TARV, a medicação intravenosa durante o parto e também a medicação que o bebê terá de tomar depois de nascer. Esse conhecimento do que acontecerá e a redução da transmissão vertical reduziram a ansiedade e as prepararam para o parto. Também reduz o choque e o estresse associados a mudanças inesperadas durante o trabalho de parto e o parto (266).

1.5.7. Plano de Parto como Planeamento Antecipado de Saúde

O conceito de diretiva antecipada de saúde, tradicionalmente associado a contextos de fim de vida ou doenças incapacitantes, pode ser adaptado de forma inovadora à área obstétrica através do plano de parto como planeamento antecipado de saúde. No caso da área obstétrica, este documento, quando devidamente estruturado e integrado ao prontuário médico, assume características de uma diretiva formal, permitindo que a gestante expresse suas preferências quanto à condução do trabalho de parto e nascimento, antecipando decisões que serão respeitadas mesmo em situações de vulnerabilidade temporária ou incapacidade de comunicação (274)A proposta fundamenta-se no princípio da autonomia progressivamente reconhecido na relação médico-paciente, particularmente relevante no cenário obstétrico

contemporâneo, onde a medicalização excessiva tem sido questionada por estudos como os de Bohren et al.(274,275) .

Uma diretriz de saúde é um conjunto de princípios, normas ou orientações estabelecidos por autoridades ou organizações de saúde para guiar ações, políticas e decisões relacionadas à saúde pública ou individual. Elas servem como base para (274):

1. Padronização de práticas – Garantir que profissionais e instituições sigam protocolos baseados em evidências científicas.
2. Tomada de decisão – Apoiar gestores públicos, médicos e outros profissionais na implementação de políticas ou tratamentos.
3. Promoção da saúde – Definir estratégias para prevenção de doenças, vigilância epidemiológica e educação em saúde.
4. Alocação de recursos – Orientar investimentos em infraestrutura, medicamentos e programas de saúde.

Uma diretiva de saúde tem que ter uma base legal e institucional, tem que ser baseada em evidências científicas, ter objetivos claros e mensuráveis, ter um grau de recomendação definido por órgãos governamentais e sociedades científicas, ter um conteúdo definido e ser formal e validada (274).

O plano de parto tem uma base legal e institucional, com enquadramento legal na Constituição brasileira de 1988 (87) e na Lei n.º 15/2014 (Lei de Bases da Saúde Portuguesa) (194) que garantem o direito à autonomia e informação da paciente. Também estão de acordo com o código de ética médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) (276) e com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (277), já que pregam o respeito às preferências da gestante, desde que seguras.

O plano de parto ao ser preenchido deve ser baseado em evidência científica como recomendações da OMS (parto humanizado, contacto pele-a-pele imediato) e protocolos das sociedades médicas de Ginecologia e Obstetrícia (258).

O plano de parto deve ter objetivos claros e mensuráveis como a escolha da posição, preferência por métodos não farmacológicos de alívio da dor (ex.: massagem, banho), evitar intervenções desnecessárias e excesso de medicalização. O plano de parto deve ser flexível em situações de urgência como a possibilidade de cesariana não planejada se houver risco fetal (264).

O conteúdo típico do plano de parto como diretiva antecipada de saúde deve incluir as preferências da gestante durante o trabalho de parto, a mobilidade livre ou uso de bola de parto, a presença de acompanhante (parceiro, doula), as intervenções médicas autorizadas, o consentimento ou recusa para episiotomia e ocitocina sintética, o uso de analgesia peridural (sim/não/tardia) e as informações sobre os desejos do pós-parto imediato como o clampeamento tardio do cordão umbilical (162,235,273).

O plano de parto deve ser um documento assinado pela grávida (idealmente a partir da 34ª semana) e por seu acompanhante. Também deve ser partilhado com a equipe médica e entregue no hospital durante a consulta de preparação. Todos devem ter consciência que o plano de parto pode ser revogado ou alterado a qualquer momento, dependendo da vontade da gestante (264,267).

Quanto à aplicação prática, o plano de parto deve ser respeitado sempre que possível, mas sujeito a ajustes por emergências obstétricas como sofrimento fetal agudo, por limitações do hospital como falta de condições para parto na água e pelos dados registrados no processo clínico garantindo que as equipes de profissionais de saúde conheçam as preferências das gestantes (267).

As vantagens do plano de parto são multifacetadas. Em primeiro lugar, o plano de parto como diretiva antecipada confere maior previsibilidade ao processo, reduzindo a assimetria de informação entre a equipe médica e a parturiente. Pesquisas conduzidas por Lundgren et al. (2013) evidenciaram que mulheres que elaboraram planos detalhados apresentaram níveis significativamente mais elevados de satisfação com a experiência do parto, independentemente do desfecho obstétrico(163,278).

Adicionalmente, do ponto de vista jurídico, a formalização do plano como um planejamento ou planejamento antecipado de saúde oferece maior segurança tanto aos profissionais quanto às gestantes, estabelecendo parâmetros claros para situações de conflito ético ou divergência de conduta (162,163,235).

Contudo, a proposta não está isenta de desafios. A principal limitação reside na dificuldade de conciliar a natureza estática de um planejamento antecipado com a dinâmica imprevisível do trabalho de parto, onde circunstâncias clínicas podem exigir rápida adaptação do plano original (257,279,280).

Os principais desafios e barreiras para a implantação do plano de parto são a falta de uniformidade e conflitos éticos. Alguns profissionais de saúde podem hesitar em aceitar recusas a um determinado procedimentos padrão (281).

Apesar das complexidades inerentes, a transformação do plano de parto em planeamento antecipado de saúde formal constitui proposta viável e eticamente defensável, alinhada com as tendências globais de empoderamento do paciente e medicina baseada em valores (282).

2. OBJETIVOS

A presente tese de doutoramento em bioética teve como objetivos:

a) Analisar o estado da arte sobre a satisfação com o parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV e os fatores envolvidos, bem como analisar o estado da arte da violência obstétrica contra as gestantes vivendo com o vírus HIV;

Artigo 1: de Azevedo, A.P.; de Rezende Filho, J.F.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review. *Children* 2024, 11, 743. <https://doi.org/10.3390/children11060743> (186) (Apêndice 9.1).

Artigo 4: de Azevedo, A.P.; Rezende Filho, J.F.; Hofer, C.B.; Rego, F. Obstetric Violence Among Pregnant Women Living With Virus HIV. Submetido na Revista Violence Against Women, 2025. (Apêndice 9.4).

b) Avaliar a satisfação das pacientes gestantes vivendo com o vírus HIV com o parto;

c) Avaliar as variáveis que interferem na satisfação de parto entre as PWLWHIV;

d) Avaliar se as expectativas das PWLWHIV com o trabalho de parto e parto foram alcançadas;

e) Avaliar as possíveis razões envolvidas na experiência de parto positiva e negativa;

Artigo 2: de Azevedo, A.P.; Castro, L.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus. *J. Clin. Med.* 2025, 14, 1975. <https://doi.org/10.3390/jcm14061975> (283) (Apêndice 9.2).

Artigo 3: de Azevedo, A.P.; Castro, L.; Hofer, C.B.; Rego, F. Major Factors Contributing to Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with HIV. *Behav. Sci.* 2025, 15, 442. <https://doi.org/10.3390/bs15040442> (284) (Apêndice 9.3).

f) Avaliar sob a perspectiva das PWLWHIV da utilidade do plano de parto no pré-natal;

g) Compreender a importância do plano de parto para a satisfação das gestantes com o vírus HIV como uma ferramenta de planejamento antecipado de cuidados (artigo 5)

Artigo 5: de Azevedo, A.P.; Nunes, SB,; Hofer, C.B.; Rego, F. Birth Plan As An Advanced Healthcare Planning For Pregnant Women Living With Hiv: A Proposal. Submetido a Revista Bioética, 2025 (Apêndice 9.5).

3. MÉTODOS

No âmbito da tese de doutoramento de Bioética, foi desenvolvido as seguintes investigações:

Inicialmente foi feito uma análise do estado da arte sobre a experiência de parto das gestantes vivendo com vírus HIV e sobre a violência obstétrica, que é a principal causa da má experiência de parto. Foi desenvolvida uma “scoping review” com o objetivo de analisar o conhecimento existentes sobre a experiência de parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV (artigo 1) (186) e foi desenvolvido uma outra “scoping review” sobre a violência obstétrica nas gestantes vivendo com o vírus HIV, com o objetivo de verificar a experiência negativa nas PWLWHIV (artigo 4 em submissão) .

Como a experiência de parto é difícil de ser medida, na literatura, foram desenvolvidos vários questionários numa tentativa de avaliar todas as dimensões desta experiência. A confiabilidade e a validade destes instrumentos devem e foram testadas. A confiabilidade é conseguida quando o questionário fornece respostas consistentes e a validade é conseguida quando o questionário mede o que se propõe (285,286).

O questionário de parto de Mackey (MCSRS) avalia duas dimensões importantes quanto à satisfação do parto: a primeira com relação ao processo do cuidado profissional (satisfação com enfermeiras, médicos, hospital e parto em geral) e a outra em relação a satisfação pessoa, com o parceiro e com a família. O MCSRS foi desenvolvido nos Estados Unidos (287), mas foi adaptado e utilizado em diversos países como Espanha (288,289), Irã (290), Líbano (291) e Brasil (176). Como o questionário de parto de Mackey (MCSRS) foi adaptado e validado no Brasil, optamos por utilizá-lo no estudo de campo (176).

Foi desenvolvido um trabalho de campo, estudo principal desta tese de doutoramento, com o objetivo de avaliar a experiência de parto nas PWLWHIV, cuja metodologia encontra-se descrita abaixo, que resultou na publicação de dois artigos (artigos 2 e 3) (283,284). Visou-se também analisar a opinião das gestantes (283,284) HIV sobre a importância do plano de parto (artigo 5 em submissão).

3.1. Tipo de Estudo e Local de realização

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo realizado em um centro público de assistência pré-natal do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) que atende as PWLWHIV. Nesta instituição, a assistência ao pré-natal é realizada por médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia, infectologistas, enfermeiros, nutricionistas, e psicólogas. As PWLWHIV participaram do estudo em dois momentos: primeiro antes do parto, quando foi aplicado o questionário sociodemográfico e segundo após o parto, quando foi aplicado o questionário de parto e o questionário de Mackey (MCSRS) adaptado para o Brasil. Os médicos ou enfermeiras obstétricas que prestaram assistência ao parto não foram informados sobre o estudo para evitar qualquer viés.

3.2. População do Estudo e cálculo amostral

3.2.1. População do Estudo

Todas as pacientes participantes do estudo foram gestantes vivendo com o vírus HIV recrutadas no ambulatório materno-infantil do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e foram esclarecidas sobre a pesquisa e seus objetivos, através do termo de consentimento livre e esclarecido da pesquisa clínica (Apêndice 9.3 e 9.4). As gestantes foram recrutadas entre 20 e 36 semanas de gestação e seguidas até a consulta de puerpério onde foi aplicado o questionário do parto e o questionário MCSRS.

Os critérios de inclusão do estudo foram gestantes vivendo com vírus HIV com idade materna maior que 18 anos, feto vivo, sem anomalias ou má formações à ultra-sonografia, com idade gestacional acima de 36 semanas no momento do parto. Entendeu-se por gestante vivendo com vírus HIV aquela gestante em que foi detectada a infecção pelo vírus HIV no início do pré-natal e/ou as que já tinham o diagnóstico sorológico confirmado previamente. A infecção pelo vírus HIV foi diagnosticada por meio de anticorpos com testes de ELISA, Western blot, teste rápido ou teste molecular HIV-RNA.

Os critérios de exclusão foram abortamentos, prematuros, natimortos, má formações

fetais, adolescentes e gestantes incapazes de entender o consentimento informado ou o questionário.

3.2.2. Tamanho Amostral

Para fundamentar o cálculo amostral de PWLWHIV foi necessário considerar uma estimativa de variância do questionário de Mackey adaptado ao Brasil e os dados epidemiológicos de prevalência da infecção por HIV em gestantes no estado do Rio de Janeiro.

O questionário de Mackey (MCSRS) foi utilizado de forma quantitativa e por isso o tamanho de amostra mínimo foi calculado para o objetivo geral de obter uma estimativa média da medida da escala para a população de onde foi retirada a amostra: estado do Rio de Janeiro. Para isso entramos com uma estimativa da variância dos estudos brasileiros de adaptação e validação do questionário de MCSRS. Olhando os escores obtidos no trabalho de Fernanda Lopes et al. em 2019 (176) numa maternidade de baixo risco em São Paulo, vimos que na escala total o desvio padrão foi 19.2, e, portanto, a variância da nossa amostra foi 369 (resultado de $19.2^2=369$).

O Boletim Epidemiológico HIV/Aids publicado pelo Ministério da Saúde em 2019 reportou uma taxa de detecção de HIV em gestantes de 5,3 por 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro em 2018, sendo este um dos índices mais elevados do país à época (78).

A conjugação desses dados, definiu um tamanho mínimo de amostra de 53 gestantes para o presente estudo. Tal escolha garantia a representatividade estatística com uma margem de erro de 5 pontos (resultando em um intervalo de confiança com amplitude de 10 pontos), um nível de confiança de 95% e uma variância de 369. Se reduzíssemos a margem de erro para 4 pontos, mantendo os demais parâmetros iguais, o tamanho mínimo da amostra aumentou para 80 participantes. Portanto, definimos um tamanho mínimo de amostra de 80 gestantes para o estudo.

3.3. Instrumentos na recolha de Dados

3.3.1. Questionário de Dados sociodemográficos e da Gestação

Este primeiro questionário englobava os dados sociodemográficos, os dados da gestação, os dados da infecção pelo vírus HIV e a explicação e o preenchimento do plano de parto (Apêndices 9.10 e 9.11). Todos os dados foram coletados por meio de entrevista direta, com preenchimento físico do questionário e do plano de parto. Este questionário, como pode ser comprovado no apêndice, incluía várias variáveis como idade, paridade, como se autoidentificaram etnicamente as gestantes, se a mulher estava morando com seu parceiro, nível educacional, crença religiosa, hábitos e uso de substâncias ilícitas, se desejava ter um acompanhante no parto e se preencheu o plano de parto no pré-natal.

O questionário sócio-demográfico continha as informações sobre a gestante e o pré-natal e foi aplicado na primeira entrevista. O preenchimento deste questionário visava fornecer as características da população alvo e posterior análise sobre possíveis correlações com os resultados do questionário adaptado Mackey.

3.3.2. Questionário do Parto

O questionário de parto foi feito por meio de entrevista presencial na segunda entrevista. Abrangeu o nível subjetivo de dor, dados do parto, apgar do bebê, peso e comprimento do bebê, complicações do parto e presença de companheiro no parto. Este questionário completo está no Apêndice 9.11.

3.3.3. Questionário de Mackey adaptado ao Brasil

O questionário de satisfação com o parto utilizado foi o questionário de Mackey adaptado e validado no Brasil pelas Professora Roseli Nomura e Doutora Fernanda Lopes (174,176). Este questionário MCSRS utilizado para acessar a satisfação das PWLWHIV no nosso estudo foi adaptado ao português brasileiro e teve suas propriedades psicométricas validadas num estudo feito por Lopes et al. (175,176). A Professora Roseli Nomura e a Dra Fernanda Lopes autorizaram o uso da versão

brasileira adaptada e validada como consta no Apêndice 9.6.

O questionário de parto de Mackey (MCSRS) foi desenhado por Mackey e Goodman (287,292) examinando múltiplos fatores que afetam a satisfação com o parto. Este instrumento é uma escala de 34 itens, que mede a satisfação com o parto e é composto por seis subescalas: "auto" (9 itens; nº 3-11), "enfermeira" (9 itens; nº 17,19,21,23, 25,27,29,31,33), "parceiro" (2 itens; nº 12,13), "bebê" (3 itens; nº 14-16), "médico" (8 itens; nº 18, 20,22,24,26,28,30,32) e "satisfação geral com o parto" (3 itens; nº 1-2,34). As gestantes/puérperas expressam sua satisfação ou insatisfação com cada item em uma escala Likert de cinco pontos: 1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3 = nem satisfeito nem insatisfeito, 4 = satisfeito e 5 = muito satisfeito. Essa escala demonstrou propriedades psicométricas robustas nos Estados Unidos (293), com coeficientes de confiabilidade interna de 0,90, 0,97, 0,70, 0,83, 0,93 e 0,94 para as subescalas de "eu", "parceiro", "bebê", "médico", "satisfação geral com o parto" e "pontuação total", respectivamente (289). As pontuações representam a percepção da gestante vivendo com o vírus HIV sobre o comportamento de cada um dos principais participantes envolvidos no processo do parto e sobre sua experiência de parto. A pontuação geral é simplesmente a soma das pontuações individuais (0-165). As pontuações gerais altas indicam satisfação total ou quase total da mulher com sua experiência de parto. A pontuação total do MCSRS refere-se à soma de todas as subescalas: própria, parceiro, bebê, enfermeiros, médicos e trabalho de parto em geral. A validade de face e de construção, e, a confiabilidade foram estabelecidas (174,176,287,294).

O questionário de parto de Mackey (MCSRS) avalia duas dimensões importantes quanto à satisfação do parto: a primeira com relação ao processo do cuidado profissional (satisfação com enfermeiras, médicos, hospital e parto em geral) e a outra em relação a satisfação pessoa, com o parceiro e com a família. O MCSRS foi desenvolvido nos Estados Unidos (287), foi adaptado e utilizado em diversos países como Espanha(288,289), Bélgica (295), Irã (290), Líbano(291) e Brasil (176).

O processo de tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento foi conduzido por Lopes seguindo uma metodologia rigorosa em três etapas principais. Primeiramente, realizou-se a tradução e retrotradução do questionário, acompanhada de uma cuidadosa adaptação cultural. Em seguida, um painel de especialistas avaliou a validade de conteúdo, analisando quatro dimensões críticas: clareza das questões,

equivalência semântica, pertinência e relevância cultural dos itens. Por fim, procedeu-se à validação de face, onde o instrumento foi aplicado a um grupo de 10 puérperas para testar a compreensão das afirmações e adequação à população-alvo (176).

O total de 34 itens foram avaliados por especialistas e apresentou concordância positiva de 0.85; 0.92; 0.97 e 0.97; concordância negativa de 0.13; 0.09; 0.04 e 0.04, respectivamente. A concordância total foi de 0.75; 0.85; 0.94 e 0.94, respectivamente. A modelagem linear multinível foi aplicada com efeitos aleatórios cruzados e com efeitos alinhados para cada juiz. A intercepção de cada critério foi a seguinte: clareza, 0.87; equivalência semântica, 0.92; pertinência 0.96; e relevância cultural, 0.96. A média geral de concordância foi de 92.8%. A mensuração da validade de face foi de 80% de concordância nos itens, todos claramente entendidos. A versão final do questionário de Mackey do português brasileiro teve validade de face e conteúdo confirmada (175).

Como resultado deste processo metodológico rigoroso, obteve-se a versão final do questionário de Mackey adaptado para o português brasileiro, com sua validade de face e conteúdo plenamente confirmadas. O instrumento MCSRS foi assim adequadamente traduzido, adaptado culturalmente e validado para a realidade brasileira, demonstrando robustez psicométrica para sua aplicação no contexto nacional (176).

O instrumento MCSRS foi traduzido, adaptado culturalmente e validado para o português brasileiro (174,176). As propriedades psicométricas da versão brasileira do MCSRS produziram duas dimensões relacionadas ao cuidado profissional e à família (176). Para o fator referente ao cuidado profissional - satisfação com enfermeiros, médicos, o bebê e experiência geral, o alfa de Cronbach e o ômega do McDonalds foram ambos 0,96. Para o fator referente à família - autossatisfação e satisfação com o parceiro, o alfa e o ômega foram 0,89 e 0,92, respectivamente. O coeficiente de confiabilidade ômega para a confiabilidade geral do questionário foi 0.97. A versão brasileira de Lopes (176) demonstrou boa confiabilidade e, portanto, é um instrumento potencial para promover a melhoria da assistência ao parto no país (33). Na Espanha, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0.94 para a escala total, variando de 0.72 a 0.96 para as subescalas (296). No Irã, o alfa de Cronbach para a escala total foi de 0.78. Ele variou entre 0.70 e 0,86 para cinco subescalas, e foi de 0.31 para a subescala

“bebê” (290). Em nosso estudo, os alfas de Cronbach foram de 0.990 e 0.977 para o fator de cuidado profissional e para o fator família, respectivamente.

A versão brasileira do MCSRS também perguntava diretamente a opinião das gestantes sobre seu parto como consta no Apêndice 9.12.

3.4. Processo de recolha de dados

Foram feitas 2 entrevistas para cada paciente com aproximadamente 30 minutos de duração cada uma. A primeira entrevista foi entre a 20^a semana e a 36^a semana de gestação, antes do parto. Na primeira entrevista, foi preenchido um questionário de dados pessoais e dados do pré-natal. Também foi realizada uma orientação sobre o preenchimento do plano de parto e preenchimento do mesmo. A segunda entrevista foi realizada após o parto até 1 mês depois do parto. Na segunda entrevista, foi preenchido um questionário com dados objetivos do parto e um questionário de Avaliação da Satisfação com o Parto (MCSRS).

Todos os questionários foram aplicados pela autora desta investigação em 2 entrevistas/consultas. Não houve autopreenchimento nem nenhum outro entrevistador. Antes da aplicação dos questionários foi explicado a paciente e seus acompanhantes a pesquisa e os riscos envolvidos. As gestantes foram informadas do estudo com orientação verbal e escrita nos folhetos informativos e de consentimento.

3.5. Questões éticas dos dados

A aprovação ética para este estudo foi obtida no Comitê de Ética em Pesquisa do IPPMG (Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro) - CAAE: No 66217722.2.0000.5264 (Apêndice 9.7). Todas as gestantes vivendo com HIV (PWLWHIV) que participaram do estudo atenderam aos critérios de inclusão e foram completamente informadas sobre os objetivos do estudo. Elas foram informadas de que sua participação era voluntária e que suas respostas permaneceriam confidenciais. O consentimento informado por escrito foi obtido de cada participante antes do início da coleta de dados. Após cada entrevista

as gestantes puderam tirar suas dúvidas com a pessoa que lhe entrevistou – Dra Andrea Azevedo.

Antes de administrar os questionários, foi garantido que todas as participantes entenderam as informações fornecidas e consentiram em participar, concedendo permissão para a extração de dados para os propósitos de pesquisa especificados. Os dados coletados foram pseudoanonimizados antes da análise para proteger as identidades das participantes. O estudo aderiu às diretrizes éticas delineadas na Declaração de Helsinque para pesquisa humana.

Os instrumentos do estudo incluíram um folheto informativo à paciente e um termo de consentimento livre e esclarecido de voluntária ao projeto de pesquisa, que constam dos Apêndices 9.8 e 9.9. As gestantes foram informadas do estudo com orientação verbal e escrita nos folhetos informativos e de consentimento.

Os riscos do projeto foram pequenos, e envolviam principalmente a quebra de confidencialidade e privacidade. Para que a quebra de confidencialidade e privacidade não ocorressem, quando a paciente aceitava entrar no estudo, esta recebia um número de identificação, que durante todo o estudo e análise dos dados foi utilizado. Apenas a investigadora principal do estudo tinha o arquivo-chave que ligava o número de identificação no estudo e o nome da voluntária. Este arquivo-chave foi guardado em armário trancado, que só a investigadora principal do estudo teve a chave, garantindo a pseudoanonimização dos dados. Quanto à privacidade, os dados foram colhidos pela investigadora principal numa sala individual.

Também foi informado às pacientes sobre os benefícios e o pagamento do estudo. O principal benefício desta pesquisa foi para a comunidade médica que lida com gestantes infectadas pelo vírus HIV, pois os resultados desta pesquisa nos ajudarão a entender melhor o processo do parto e suas consequências, e quiçá nos apontará para possíveis intervenções, que ajudarão a melhorar a experiência do parto nas gestantes infectadas pelo HIV. Ao participar deste estudo, a gestante recebeu, se solicitou, um atestado médico para justificar as horas de trabalho gastas na entrevista. Nenhum incentivo ou recompensa financeira foi fornecida pela sua participação neste estudo de pesquisa clínica.

3.6. Análise dos dados

As principais variáveis dos questionários foram caracterizadas da seguinte forma: idade materna (anos); paridade (primípara ou multípara); etnia (branca, parda ou negra); estado civil (solteira, casada, divorciada, união consensual); escolaridade (sem ensino médio ou incompleto, ensino médio completo ou superior); uso de drogas ilícitas; tabagismo; consumo de álcool; situação ocupacional (desempregada, empregada); renda mensal; gestação planejada; gestação desejada; parto doloroso; tipo de parto (vaginal; cesárea); sexo do recém-nascido (masculino; feminino); primeiro filho; idade gestacional ao nascer (semanas); peso ao nascer (gramas); Apgar de 1º minuto (0 = escore >7; 1 = escore ≤7); comprimento ao nascer (cm) e complicações durante o parto.

A análise inicial dos dados consistiu em estatística descritiva e correlações entre as variáveis do estudo. A lista de variáveis foram:

- Idade materna
- Etnicidade materna
- Estado civil
- Nível educacional
- Número de partos
- Número de abortamentos
- Idade gestacional
- Sexo do recém-nascido
- Peso fetal
- Índice de Apgar 1º minuto
- Índice de Apgar 5º minuto
- Planejamento da gravidez
- Carga Viral
- Tabagismo
- Uso de álcool

A distribuição das variáveis contínuas foram estudadas graficamente, e as estatísticas descritivas das variáveis quantitativas são apresentadas como média e

desvios padrão (DPs) para variáveis quantitativas normalmente distribuídas e medianas e intervalos interquartis, [IQIs], caso contrário. As variáveis categóricas foram descritas como frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis quantitativas não normalmente distribuídas foram comparadas utilizando o teste U de Mann-Whitney.

O questionário MSCRS foi analisado com a somatória de todos os itens. A análise foi feita com o score total e de cada subgrupo. O subgrupo do bebê não teve como ser analisado a pergunta sobre o tempo de demora à amamentação (Q16), já que as PWLWHIV não amamentam visando diminuir a transmissão vertical da infecção. A pontuação relativa ao subgrupo do bebê foi menor no nosso estudo já que esta pergunta não pôde ser avaliada. O MCSRS facilitou uma avaliação quantitativa sob o ponto de vista das mães (175).

Uma análise de regressão múltipla foi conduzida na amostra de pacientes para identificar quais variáveis estavam associadas aos seguintes resultados: Satisfação global geral do MCSRS; MCSRS Próprio; MCSRS relativo ao Acompanhante do Parto; MCSRS relativo ao Bebê; MCSRS relativo às enfermeiras; MCSRS relativo aos médicos e MCSRS Total de Satisfação do Parto. Inicialmente, todas as variáveis relevantes foram testadas usando modelos de regressão linear simples para cada resultado. Em seguida, as variáveis que foram significativas no nível $p < 0,2$ nos modelos simples foram incluídas no modelo múltiplo inicial de cada resultado. O modelo final de cada resultado foi obtido removendo gradualmente as variáveis independentes com os maiores valores de p até que apenas aquelas significativas no nível 0,05 permanecessem.

Os resultados das regressões lineares são apresentados com valores de coeficientes não padronizados (B), intervalos de confiança de 95% (IC de 95%) e valores de p . Vários modelos foram avaliados usando estatísticas F, valores de p e coeficientes de determinação (R^2). Todos os modelos finais atenderam às suposições necessárias: os resíduos foram distribuídos normalmente (avaliados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov), nenhuma multicolinearidade estava presente (fatores de inflação de variância < 2) e foi observada homocedasticidade (indicada por uma distribuição consistente de resíduos entre os valores previstos no gráfico de dispersão).

Utilizamos também a análise de correlação de Spearman, que representa uma

ferramenta estatística fundamental para compreender relações entre variáveis em pesquisas da área da saúde, particularmente em estudos sobre experiência do parto. Como método não paramétrico, a correlação de Spearman (ρ) avalia a associação monotônica entre variáveis, sendo especialmente adequada quando os dados não seguem uma distribuição normal ou quando trabalhamos com variáveis ordinais. Esta técnica difere da correlação de Pearson por basear-se nos postos (ordenações) dos valores ao invés dos valores brutos, tornando-a mais robusta frente a outliers e distribuições assimétricas. O coeficiente ρ varia entre -1 e +1, onde valores próximos de +1 indicam uma forte tendência de que quando uma variável aumenta, a outra também aumenta, enquanto valores próximos de -1 sugerem uma relação inversa. Um ρ próximo de zero indica ausência de associação monotônica entre as variáveis.

No presente estudo, aplicamos a correlação de Spearman para analisar as relações entre dois itens específicos da escala do questionário de Mackey (Satisfação global e Satisfação total do MCSRS) e quatro perguntas abertas do questionário, que são os itens MCSRS37, MCSRS38, MCSRS 39 e MCSRS 40. Os itens MCSRS 37 a MCSRS 40 avaliam dimensões cruciais da experiência do parto: desde o alinhamento entre expectativas e realidade (itens 37 e 38) até a avaliação subjetiva da positividade da experiência (itens 39 e 40). A Satisfação Total representa uma medida composta que agrega múltiplos aspectos da experiência do questionário de Mackey (34 itens), enquanto a Satisfação Global corresponde a uma avaliação geral da satisfação com o parto (3 itens do questionário de Mackey e dentro da satisfação total do parto). Esta abordagem multidimensional permite capturar nuances importantes da experiência do parto que poderiam ser negligenciadas em avaliações unidimensionais.

A escolha pela correlação de Spearman justifica-se plenamente neste contexto, considerando que muitas variáveis relacionadas à experiência do parto apresentam distribuições não normais e frequentemente são medidas em escalas ordinais. Além disso, como a relação entre expectativas, experiências concretas e satisfação global nem sempre é linear, o método de Spearman oferece uma forma mais flexível e apropriada de capturar essas associações complexas.

4. RESULTADOS

Este estudo foi realizado com 82 PWLWHIV que tiveram partos vaginais ou cesáreas em maternidades públicas do Rio de Janeiro. As participantes tinham idades entre 19 e 49 anos, com média de idade de 28.5 (IQI = [23.3; 28.6]). As PWLWHIV brancas eram 14 (17.1%), as pardas eram 34 (41.5%) e as negras 34 (41.5%). A maioria das PWLWHIV eram casadas ou tinham união consensual com o parceiro (58 – 70.7%) e outras 24 (29.2%) eram solteiras ou divorciadas (Tabela 1).

No que diz respeito à escolaridade, verificou-se que 78.1% apresentavam ensino fundamental ou médio incompletos, refletindo um perfil educacional de maior vulnerabilidade social. Apenas 2 das PWLWHIV (2.4%) concluíram o ensino superior. (Tabela 1).

Mais da metade das PWLWHIV (55 – 67.1%) estavam empregadas e apenas uma era aposentada (1.2%) (Tabela 2).

A renda familiar variou de R\$ 800.00 (aproximadamente US\$ 150) a R\$ 3500.00 (aproximadamente US\$ 800) por mês; com média de R\$1890.00 (aproximadamente US\$ 334). A maioria das PWLWHIV não fuma (78 – 95.1%) nem bebe álcool (77- 93.9%) nem usa drogas (75 – 92.6%) durante a gravidez. Quase todas as cargas virais eram indetectáveis na trigésima quarta semana (79 – 96.3%), apenas uma estava acima (1.2%) e 2 PWLWHIV não tiveram o resultado. (Tabela 3).

Quarenta e duas (42 – 51.2%) estavam grávidas do primeiro filho. A maioria das gestações não foi planejada (69 – 84.1%) nem desejada (66 – 80.5%). A maioria das PWLWHIV teve apoio de acompanhante (78 – 95.1%) (Tabela 4).

O histórico obstétrico das PWLWHIV variou de uma a seis gestações, com a média de uma gestação e meia. A paridade variou de zero a sete (Tabela 5).

A grande maioria das PWLWHIV viviam com seus companheiros (72, 87.8%), não sabiam serem infectadas antes da gestação (74,90.2%), e, não faziam tratamento prévio a gestação (80,90.6%) (Tabela 6).

A maioria não recebeu analgesia (57–69.5%). Na verdade, nenhuma das parturientes vaginais recebeu analgesia nem anestesia durante o trabalho de parto e o nascimento. Apenas a cesárea recebeu anestesia (25 – 30.5%) (Tabela 7).

Não houve diferenças nas características demográficas ou respostas sobre as variáveis do estudo por raça, paridade ou status socioeconômico. Diante da relativa uniformidade dos dados sociodemográficos ou seja, com baixa dispersão entre categorias de raça/cor, estado ocupacional, nível educacional e situação conjugal, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis estudadas quando estratificadas por esses fatores. Essa homogeneidade limitou a condução de análises comparativas mais complexas por subgrupos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à idade materna, raça, estado civil e escolaridade

N=82

Variável	Descritiva
Idade Materna ao parto, med [IQI], min-max	28.5 [23.3; 28.6], 19 - 49
Raça (Etnia), n(%)	
Branca (caucasiana)	14 (17.1%)
Parda (mestiça)	34 (41.5%)
Preta (afrodescendente)	34 (41.5%)
Estado civil, n(%)	
Casada	22 (26.8%)
Divorciada	2 (2.4%)
Solteira	22 (26.8%)
União consensual	36 (43.9%)
Escolaridade, n(%)	
1º grau incompleto	25 (30.5%)
1º grau completo	3 (3.7%)
2º grau incompleto	39 (47.6%)
2º grau completo	12 (14.6%)
3º grau incompleto	1 (1.2%)
3º grau completo	2 (2.4%)

Med: mediana; IQI: [1º quartil; 3º quartil];

Tabela 2. Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto ao estado ocupacional e profissão.

Variável	Descritiva
Estado ocupacional, n(%)	
Aposentada pelo HIV	1 (1.2%)
Desempregada	18 (22.0%)
Do lar	5 (6.1%)
Empregada	55 (67.1%)
Estudante	3 (3.7%)
Profissão, n(%)	
Autônoma	2 (3.2%)
Auxiliar de cozinha	3 (4.8%)
Auxiliar de creche	1 (1.6%)
Auxiliar de produção	1 (1.6%)
Camareira	1 (1.6%)
Carteira	1 (1.6%)
Comerciante	1 (1.6%)
Confeiteira	1 (1.6%)
Copeira	4 (6.3%)
Costureira	2 (3.2%)
Cozinheira	6 (9.5%)
Do lar	1 (1.6%)
Doméstica	5 (7.9%)
Enfermeira	1 (1.6%)
Garçonete	1 (1.6%)
Estudante de letras	1 (1.6%)
Manicure	3 (4.8%)
Podóloga	2 (3.2%)
Professora	1 (1.6%)
Psicóloga	1 (1.6%)
Técnica de enfermagem	2 (3.2%)
Técnica de farmácia	1 (1.6%)
Telemarketing	1 (1.6%)
Vendedora	19 (30.2%)
Vigilante	1 (1.6%)

Infelizmente não foi possível analisar neste estudo a influência da carga viral, do fato de viver com o companheiro, do apoio do companheiro, do planejamento ou do desejo da gravidez, do tabagismo, do álcool ou do uso de drogas, pois a maioria das PWLWHIV tinha o mesmo perfil. Ou seja, a grande maioria das PWLWHIV tinham carga viral indetectável, tiveram acompanhante de parto presente, não eram tabagistas, não usavam álcool nem drogas (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à renda mensal, carga viral, uso de drogas ilícitas, uso de álcool e tabagismo:

Variável	Descritiva
Renda mensal, média (sd), min-max	R\$1890 (549), R\$ 800- R\$3500
Carga viral 34 semanas, n(%)	
Detectável	1 (1.2%)
Indetectável	79 (96.3%)
Sem resultado	2 (2.4%)
Tabagismo, n(%)	
Não	78 (95.1%)
Sim	4 (4.9%)
Alcool, n(%)	
Não	77 (93.9%)
Sim	5 (6.1%)
Drogas, n(%)	
Não	75 (92.6%)
Sim	6 (7.4%)

A análise descritiva revelou que a maioria das PWLWHIV no estudo apresentava carga viral indetectável no momento do parto, o que reflete adesão adequada à terapia antirretroviral e seguimento clínico eficiente durante o pré-natal. Observou-se também uma predominância de gestantes não tabagistas, sem uso declarado de álcool ou outras substâncias psicoativas, além de alta taxa de presença de acompanhantes durante o trabalho de parto, conforme garantido pela legislação brasileira. Esses achados indicam um perfil populacional relativamente homogêneo e uniforme quanto a fatores de risco comportamentais e suporte social, o que limitou a

análise de possíveis associações entre essas variáveis e os desfechos obstétricos e neonatais. A reduzida variabilidade nas respostas a essas covariáveis impediu a realização de análises estratificadas ou multivariadas que pudessem elucidar sua influência nos resultados observados (Tabela 3 e 4).

Essa homogeneidade, embora represente um dado positivo em termos de qualidade da assistência pré-natal prestada, impediu a identificação de potenciais associações entre fatores individuais e os desfechos perinatais analisados, representando uma limitação metodológica importante para análises multivariadas mais robustas.

Tabela 4. Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à características da gestação:

Variável	Descritiva
Número de gestações prévias	1.5 [1; 3], 1 - 6
Número de partos prévios	0 [0; 2], 0 - 7
Gravidez planejada, n(%)	
Não	69 (84.1%)
Sim	13 (15.9%)
Acompanhante no trabalho de parto, n(%)	
Não	4 (4.9%)
Sim	78 (95.1%)
Gravidez desejada, n(%)	
Sim	16 (19.5%)

Med: mediana; IQL: [1º quartil; 3º quartil];

Tabela 5. Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto à história obstétrica:

Variável	Descritiva
Partos cesarea, n(%)	
0	62 (75.6%)
1	16 (19.5%)
2	4 (4.9%)
Partos vaginais, n(%)	
0	53 (64.6%)
1	13 (15.9%)
2	12 (14.6%)
3	2 (2.4%)
4	1 (1.2%)
6	1 (1.2%)
Número de gestações prévias, n(%)	
1	41 (50.0%)
2	14 (17.1%)
3	18 (22.0%)
4	6 (7.3%)
5	1 (1.2%)
6	2 (2.4%)
Número de partos prévios, n(%)	
0	42 (51.2%)
1	15 (18.3%)
2	20 (24.4%)
3	2 (2.4%)
4	1 (1.2%)
5	1 (1.2%)
7	1 (1.2%)
Número de abortos espontâneos, n(%)	
0	75 (92.6%)
1	5 (6.2%)
2	1 (1.2%)
Número de abortos provocados, n(%)	
0	80 (98.8%)
1	1 (1.2%)

Tabela 6. Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto ao parceiro, conhecimento prévio da infecção pelo vírus HIV e quanto ao conhecimento da gravidez:

Variável	Descritiva
Número de semanas quando confirmou gravidez med [IQI], min-max	9 [7; 14], 5-31
Se vive com pai de seu filho, n(%)	
Não	10 (12.2%)
Sim	72 (87.8%)
Anos relacionamento atual, med [IQI], min-max	3.0 [1; 4], 0.04 - 17.0
Tratamento prévio HIV, n(%)	
Não	80 (97.6%)
Sim	2 (2.4%)
Sabia previamente HIV, n(%)	
Não	74 (90.2%)
Sim	8 (9.8%)

Em relação aos bebês, apenas 6 (7.3%) estavam acima da idade gestacional de 41 semanas. O sexo dos bebês foi quase dividido – 40 do sexo feminino (48.8%) e 42 do sexo masculino (51.2%). O peso médio dos bebês foi de 3180 gramas, variando de 2580 a 3820 gramas. O comprimento médio foi de 50cm, variando de 45 a 53 cm (Tabela7).

O perímetro cefálico variou de 31.5 a 39 cm, com média de 35cm. Não houve diferenças nas características demográficas ou nas respostas sobre as variáveis do estudo por idade gestacional. Infelizmente não foi possível analisar neste estudo a influência do apgar (primeiro e quinto minuto) e do peso do bebê, pois eles tinham o mesmo perfil (Tabela 7).

Tabela 7. Características sociodemográficas das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto aos dados do parto e do bebê:

Variável	Descritiva
Idade RN ao nascimento, n(%)	
38 semanas	20 (24.4%)
39 semanas	32 (39.0%)
40 semanas	24 (29.3%)
41 semanas	6 (7.3%)
Sexo do bebê, n(%)	
Feminino	40 (48.8%)
Masculino	42 (51.2%)
Peso em gramas, media (sd), min-max	3180 (247), 2580-3820
Apgar 1o min, med [IQI], min-max	9 [8; 9], 1 - 9
Apgar 5o min, med [IQI], min-max	9 [9; 9], 2 - 10
1o filho, n(%)	
Não	40 (48.8%)
Sim	42 (51.2%)
Comprimento em cm, med [IQI], min-max	50 [49; 50.8], 45-53
Perimetro cefalico, med [IQI], min-max	35 [34; 36], 31.5-39
Parto doloroso? , n(%)	
Não	7 (8.5%)
Sim	75 (91.5%)
Teve consentimento informado? , n (%)	
Não	2 (2.4%)
Sim	80 (97.6%)
Complicações ao nascer, n (%)	
Não	75 (91.5%)
Sim	7 (8.5%)
Tempo de trabalho de parto (horas)c, med [IQI], min-max	6 [3; 8], 0 - 96
Tipo de parto, n(%)	
Cesareana com anestesia geral	1 (1.2%)
Cesareana com anestesia regional	24 (29.3%)
Parto vaginal sem epidural	57 (69.5%)

As PWLWHIV experimentaram uma boa satisfação total com o parto (pontuação 133 de 165) e boa satisfação geral com o parto (pontuação 12 de 15) (Tabela 8). As PWLWHIV também experimentaram uma boa auto-satisfação

(pontuação 37.3 de 45), boa satisfação com o acompanhante de parto (pontuação 8.96 de 10), boa satisfação com as enfermeiras (pontuação 35.1 de 45) e boa satisfação com os médicos (pontuação 31.2 de 45). As PWLWHIV também experimentaram satisfação com seus bebês (pontuação 8.48 de 10). No entanto, nesta subescala de Bebê, as PWLWHIV não conseguiram amamentar seus bebês. Por esse fato, a questão sobre o tempo de demora para amamentar foi retirado da entrevista, o que diminui a pontuação nesta subescala e deve ser levado em consideração quando a comparação com outros estudos.

Tabela 8. Satisfação das PWLWHIV no Parto segundo as subescalas do Questionário MCSRS (n=82).

Subescalas do Questionário MCSRS	Pontuação (média)	DP	Mediana	Mínimo- Máximo
Satisfação global geral do parto (3 itens: 1, 2 e 34)	12.1	3.16	13	3 - 15
Auto-satisfação (9 itens: 3 a 11)	37.3	9.49	36	9 - 45
Satisfação com o parceiro de parto (2 itens: 12 e 13)	8.96	2.01	10	2 - 10
Satisfação com o Bebê * (2 itens: 14 e 15)	8.48	2,54	10	2 - 10
Satisfação com as enfermeiras (9 itens:17,19,21,23,25,27,29,31,33)	35.1	9.23	36	9 - 45
Satisfação com os médicos (8 itens:18,20,22,24,26,28,30,32)	31.2	8.04	32	8 - 40
Satisfação total com o parto do MCSRS	133	31.6	136	33 - 165

*apenas com itens 14 e 15.

A satisfação geral, de si mesma, do parceiro de parto, do bebê, das enfermeiras e dos médicos das PWLWHIV foi comparada com a sensação se o parto foi doloroso. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada, provavelmente devido ao número muito baixo de partos sem dor (apenas 7) (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação das subescalas do MSCRS com a sensibilidade de dor pelas PWLWHIV nos partos (n=82).

Subescalas do MSCRS	Parto doloroso (n=75)	Parto sem dor (n=7)	Valor p de Mann-Whitney
Satisfação global geral do parto	13 [12; 14]	12 [8,5; 14]	0,486
Auto-satisfação	36 [36; 45]	36 [32,5; 40,5]	0,399
Satisfação como parceiro de Parto	10 [8; 10]	10 [8; 10]	0,844
Satisfação com o bebê *	10 [8; 10]	10 [6,5; 10]	0,640
Satisfação com as enfermeiras	36 [36; 38]	43 [26,5; 45]	0,756
Satisfação com os médicos	32 [32; 34,5]	26 [23; 40]	0,607
Satisfação total com o parto	136 [132; 147]	122 [106,5; 159,5]	0,681

*apenas com itens 14 e 15.

Inicialmente, todas as variáveis relevantes foram testadas usando modelos de regressão linear simples para cada subescala do Questionário de MSCRS. As variáveis consideradas relevantes foram idade materna, raça, história obstétrica (número de partos), estado civil, renda mensal, escolaridade, estado ocupacional, planejamento da gravidez, parto doloroso, tempo de trabalho de parto, tipo de parto, sexo do bebê, apgar de 1º minuto do bebê, 1º filho e complicações ao nascer.

Em seguida, as variáveis que foram significativas no nível $p < 0.2$ nos modelos simples foram incluídas no modelo múltiplo inicial de cada resultado de cada subescala. O modelo final de cada resultado foi obtido removendo gradualmente as variáveis independentes com os maiores valores de p até que apenas aquelas significativas no nível 0.05 permanecessem.

Na regressão simples entre as variáveis e a subescala Satisfação Total do Questionário de MSCRS, foi encontrado valor significativo ($p < 0.2$) para história obstétrica (número de partos), estado ocupacional, tipo de parto, sexo do bebê, apgar de 1º minuto e complicações do bebê ao nascer.

A análise de regressão simples na subescala total do MCSRS (Satisfação Total) não encontrou associação significativa com nenhuma das seguintes variáveis: idade materna, raça, estado civil, situação econômica, escolaridade, parto doloroso ou não, planejamento da gravidez, se era primeiro filho, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e tempo de trabalho de parto (Tabela 10).

Tabela 10. Regressões simples para Satisfação Total do Questionário MCSRS (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Idade materna	0.52 [-0.61; 1.64]	0.365
Raça		
Branca	<i>Referência</i>	
Parda	0.63 [-19.5; 20.8]	0.950
Preta	5.92 [-14.2; 26.1]	0.560
Número de partos prévios	4.88 [-0.54; 10.3]	0.077
Estado civil		
Casada	<i>Referência</i>	
Solteira ou divorciada	-6.20 [-24.9; 12.5]	0.512
União Consensual	-4.44 [-21.6; 12.7]	0.608
Renda mensal	-0.007 [-0.020; 0.006]	0.291
Escolaridade		
1º + 2º incompleto	<i>Referência</i>	
2º completo + 3º	-7.87 [-21.7; 5.99]	0.262
Estado ocupacional		
aposentada + empregada	<i>Referência</i>	
Restantes	-12.8 [-27.5; 1.96]	0.088
Gravidez planejada		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	7.23 [-11.8; 26.3]	0.452
Parto doloroso		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	3.91 [-21.1; 28.9]	0.756
Tempo de trabalho (horas)	0.03 [-0.47; 0.53]	0.906
Tipo de parto		
cesariana	<i>Referência</i>	
vaginal	21.4 [6.98; 35.8]	0.004
Sexo do bebê		
Feminino	<i>Referência</i>	
Masculino	-11.7 [-25.4; 2.05]	0.094
Apgar 1º min	7.99 [4.08; 11.9]	<0.001
1º filho		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-8.55 [-22.4; 5.29]	0.223
Complicações do bebê ao nascer		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-64.0 [-84.6; -43.5]	<0.001

Em relação ao modelo de regressão múltipla para a satisfação total com o parto, o parto vaginal obteve, em média, 16.43 pontos a mais do que a cesárea ($p=0.008$). Além disso, as mulheres com complicações do bebê ao nascer obtiveram, em média, 58.79 pontos a menos do que suas contrapartes ($p<0.001$). O histórico obstétrico (cada parto) obteve, em média, 5.19 pontos a mais ($p=0.019$) (Tabela 11).

Tabela 11. Regressões múltiplas inicial e final para Satisfação Total do Questionário MCSRS (N=82)

		Modelo Inicial F(6,75) = 9.76; p<0.001; R² = 0.438		Modelo Final F(3, 78) = 18.4; p<0.001; R² = 0.415	
		Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Número de partos prévios		4.39 [-0.01; 8.80]	0.050	5.19 [0.88; 9.50]	0.019
Estado ocupacional					
aposentada + empregada	<i>Referência</i>				
Restantes		4.51 [-18.84; 27.86]	0.702		
Tipo de parto					
cesariana	<i>Referência</i>			<i>Referência</i>	
vaginal		18.04 [-6.25; 42.34]	0.143	16.43 [4.42; 28.43]	0.008
Sexo do bebê					
Feminino	<i>Referência</i>				
Masculino		-8.78 [-20.12; 2.56]	0.127		
Apgar 1ºmin		0.94 [-3.25; 5.13]	0.657		
Complicações do bebê ao nascer			6,75		
Não	<i>Referência</i>			<i>Referência</i>	
Sim		-56.58 [-80.68; -32.47]	<0.001	-58.79 [-78.48; -39.10]	<0.001

A análise de regressão simples na subescala de auto-satisfação do MCSRS não encontrou associação significativa com nenhuma das seguintes variáveis: idade materna, raça, paridade, estado civil, situação econômica, escolaridade, planejamento da gravidez, parto doloroso ou não, se era primeiro filho, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e tempo de trabalho de parto (Tabela 12).

Tabela 12. Regressões simples para Subescala Auto-Satisfação do Questionário MCSRS (N=82)

		Beta [IC 95%]	p-value
Idade materna		0.13 [-0.21; 0.47]	0.446
Raça	Branca	<i>Referência</i>	
	Parda	-1.68 [-7.73; 4.37]	0.583
	Preta	-0.06 [-6.11; 5.99]	0.985
Número de partos		0.98 [-0.67; 2.62]	0.243
Estado civil	Casada	<i>Referência</i>	
	Solteira ou divorciada	-1.05 [6.68; 4.59]	0.713
	União Consensual	-1.05 [-6.21; 4.12]	0.688
Renda mensal		-0.002 [-0.006; 0.002]	0.318
Escolaridade	1º + 2º incompleto	<i>Referência</i>	
	2º completo + 3º	-2.48 [-6.64; 1.68]	0.239
Estado ocupacional	aposentada + empregada	<i>Referência</i>	
	Restantes	-3.90 [-8.33; 0.52]	0.083
Gravidez planejada	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	2.87 [-2.84; 8.57]	0.321
Parto doloroso	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	1.09 [-6.42; 8.59]	0.774
Tempo de trabalho (horas)		-0.04 [-0.19; 0.11]	0.568
Tipo de parto	cesariana	<i>Referência</i>	
	vaginal	6.62 [2.31; 10.9]	0.003
Sexo do bebê	Feminino	<i>Referência</i>	
	Masculino	-2.04 [-6.21; 2.13]	0.334
Apgar 1º min		2.76 [1.62; 3.90]	<0.001
1º filho	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-1.94 [-6.12; 2.23]	0.357
Complicações do bebê ao nascer	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-22.3 [-28; -16.7]	<0.001

Em relação ao modelo de regressão múltipla para a subescala auto-satisfação, o parto vaginal pontuou 4.36 pontos a mais, em média, do que a cesárea ($p=0.012$). Além disso, mulheres com complicações do bebê ao nascer pontuaram 21.06 pontos a menos, em média, do que suas contrapartes ($p<0.001$) (Tabela 13).

Tabela 13. Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Auto-Satisfação do Questionário MCSRS

		Modelo Inicial $F(4, 77) = 18.7$; $p<0.001$; $R^2 = 0.492$		Modelo Final $F(2, 79) = 36.7$; $p<0.001$; $R^2 = 0.482$	
		Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Estado ocupacional					
Aposentada + Empregada		<i>Referência</i>			
Restantes		2.40 [-4.13; 8.91]	0.467		
Tipo de parto					
Cesariana		<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
Parto vaginal		6.25 [-0.49; 12.98]	0.069	4.36 [1.00; 7.71]	0.012
Apgar 1ºmin		0.55 [-0.63; 1.72]	0.358		
Complicações do bebê ao nascer					
Não		<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
Sim		-18.96 [-25.69; -12.24]	<0.001	-21.06 [-26.59; -15.53]	<0.001

A análise de regressão simples na subescala de acompanhante/parceiro do parto do questionário MCSRS não encontrou associação significativa com nenhuma das seguintes variáveis: idade materna, raça, paridade, estado civil, situação econômica, escolaridade, planejamento da gravidez, parto doloroso ou não, se era primeiro filho, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e tempo de trabalho de parto (Tabela 14).

Tabela 14. Regressões simples para Subescala Satisfação com o Acompanhante/Parceiro do Parto do Questionário MCSRS (N=82)

		Beta [IC 95%]	p-value
Idade materna		0.03 [-0.04; 0.10]	0.447
Raça			
	Branca	<i>Referência</i>	
	Parda	0.12 [-1.15; 1.39]	0.849
	Preta	0.65 [-0.62; 1.92]	0.312
Número de partos		0.16 [-0.19; 0.51]	0.368
Estado civil			
	Casada	<i>Referência</i>	
	Solteira ou divorciada	-0.91 [-2.09; 0.27]	0.127
	União Consensual	-0.51 [-1.59; 0.57]	0.350
Renda mensal		-0.0003 [-0.001; 0.0005]	0.445
Escolaridade			
	1º + 2º incompleto	<i>Referência</i>	
	2º completo + 3º incompleto ou completo	-0.07 [-0.96; 0.82]	0.873
Estado ocupacional			
	Aposentada + Empregada	<i>Referência</i>	
	Restantes	-1.24 [-2.16; -0.33]	0.008
Gravidez planejada			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-0.23 [-1.45; 0.98]	0.706
Parto doloroso			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	0.43 [-1.16; 2.02]	0.592
Tempo de trabalho (horas)		0.02 [-0.01; 0.05]	0.236
Tipo de parto			
	Cesariana	<i>Referência</i>	
	Parto vaginal	1.79 [0.91; 2.67]	<0.001
Sexo do bebê			
	Feminino	<i>Referência</i>	
	Masculino	-0.90 [-1.77; -0.04]	0.042
Apgar 1º min		0.27 [0.002; 0.54]	0.048
1º filho			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-0.32 [-1.20; 0.57]	0.481
Complicações do bebê ao nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-1.83 [-3.37; -0.30]	0.020

Em relação ao modelo de regressão múltipla para a subescala acompanhante/parceiro do parto, o status ocupacional empregada ou aposentada

pontuou 1.08 pontos a menos, em média, do que as PWLWHIV não empregadas ou aposentadas ($p=0.017$). Além disso, as mulheres com complicações do bebê ao nascer pontuaram 1.78 pontos a menos, em média, do que suas contrapartes ($p<0.01$). O bebê nascido com sexo masculino pontuou 0.86 pontos a menos, em média, do que o feminino ($p=0.039$) (Tabela 15).

Tabela 15. Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação com o Acompanhante/Parceiro do parto do Questionário MCSRS (N=82)

		Modelo Inicial F(7, 74) = 3.97; $p<0.001$; R ² = 0.273		Modelo Final F(3, 78) = 5.93; $p=0.001$; R ² = 0.186	
		Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Estado civil	Casada	Referência			
	Solteira ou divorciada	-0.97 [-2.06; 0.12]	0.080		
	União Consensual	-0.67 [-1.71; 0.37]	0.202		
Estado ocupacional					
Aposentada + Empregada	Restantes	Referência		Referência	
		0.38 [-1.36; 2.12]	0.668	-1.08 [-1.96; -0.20]	0.017
Tipo de parto					
Cesariana	Parto vaginal	Referência			
		1.78 [-0.03; 3.60]	0.054		
Sexo do bebê					
Feminino	Masculino	Referência		Referência	
		-0.78 [-1.60; 0.05]	0.066	-0.86 [-1.68; -0.05]	0.039
Apgar 1ºmin		-0.04 [-0.36; 0.27]	0.777		
Complicações do bebê ao nascer					
Não	Sim	Referência		Referência	
		-1.70 [-3.53; 0.12]	0.067	-1.78 [-3.24; -0.32]	0.017

A análise de regressão simples na subescala do bebê do questionário MCSRS não encontrou associação significativa com nenhuma das seguintes variáveis: raça, paridade, estado civil, escolaridade, planejamento da gravidez, parto doloroso ou não, se era primeiro filho, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e tempo de trabalho de parto (Tabela 16).

Tabela 16. Regressões simples para Subescala Satisfação com o bebê do Questionário MCSRS (N=82)

		Beta [IC 95%]	p-value
Idade Materna		0.06 [-0.03; 0.15]	0.185
Raça			
	Branca	<i>Referência</i>	
	Parda	-0.15 [-1.78; 1.48]	0.858
	Preta	0.05 [-1.59; 1.68]	0.956
Número de partos		0.09 [-0.35; 0.54]	0.676
Estado civil			
	Casada	<i>Referência</i>	
	Solteira ou divorciada	-0.10 [-1.63; 1.43]	0.894
	União Consensual	-0.28 [-1.11; 1.66]	0.694
Renda mensal		-0.0007 [-0.002; 0.0003]	0.163
Escolaridade			
	1º + 2º incompleto	<i>Referência</i>	
	2º completo + 3º	-0.31 [-0.44; 0.83]	0.593
Estado ocupacional			
	Aposentada + Empregada	<i>Referência</i>	
	Restantes	-1.64 [-2.79; -0.48]	0.006
Gravidez planejada			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	0.19 [-1.36; 1.73]	0.808
Parto doloroso			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	0.19 [-1.83; 2.21]	0.854
Tempo de trabalho (horas)		0.004 [-0.04; 0.04]	0.846
Tipo de parto			
	Cesariana	<i>Referência</i>	
	Parto vaginal	2.22 [1.10; 3.35]	<0.001
Sexo do bebê			
	Feminino	<i>Referência</i>	
	Masculino	-0.85 [-1.97; 0.27]	0.135
Apgar 1ºmin		0.64 [0.33; 0.96]	<0.001
1º filho			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	0.14 [-1.00; 1.27]	0.808
Complicações do bebê ao nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-5.66 [-7.23; -4.09]	<0.001
Viver com o pai do bebê			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	0.41 [-1.32; 2.13]	0.639

Esta avaliação de satisfação com o bebê foi comprometida devido não ter sido podido avaliar o tempo de demora à amamentação, já que as PWLWHIV não amamentam devido este ato aumentar o risco de transmissão vertical da infecção pelo vírus HIV. Ao analisarmos esta subescala de satisfação temos que levar em consideração que os escores alcançados pelas PWLWHIV foram menores que em

outros artigos cujas mães amamentaram mas não significou que a satisfação das PWLWHIV foi menor.

Em relação ao modelo de regressão múltipla para a subescala bebê, as mulheres com complicações do bebê ao nascer pontuaram 5.18 pontos a menos, em média, que suas contrapartes ($p < 0.001$). O parto vaginal pontuou 1.67 pontos a mais, em média ($p < 0.001$) (Tabela 17).

Tabela 17. Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação com o bebê do Questionário MCSRS (N=82)

	Modelo Inicial F(7, 73) = 10.8; $p < 0.001$; R ² = 0.509		Modelo Final F(2, 78) = 36.6; $p = 0.001$; R ² = 0.484	
	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Idade Materna	0.01 [-0.06; 0.09]	0.687		
Renda mensal	-4e-5 [-8.6e-4; 7.8e-4]	0.923		
Estado ocupacional				
Aposentada + Empregada	<i>Referência</i>			
Restantes	-0.24 [-2.11; 1.62]	0.795		
Tipo de parto				
Cesariana	<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
Parto vaginal	1.27 [-0.67; 3.22]	0.196	1.67 [0.77; 2.57]	<0.001
Sexo do bebê				
Feminino	<i>Referência</i>			
Masculino	-0.77 [-1.65; 0.11]	0.087		
Apgar 1ºmin	0.02 [-0.30; 0.35]	0.891		
Complicações do bebê ao nascer				
Não	<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
Sim	-5.22 [-7.13; -3.31]	<0.001	-5.18 [-6.66; -3.70]	<0.001

Tabela 18. Regressões simples para Subescala Satisfação com as enfermeiras do Questionário MCSRS (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Idade materna	0.15 [-0.18; 0.48]	0.378
Raça		
Branca	<i>Referência</i>	
Parda	1.93 [-3.94; 7.80]	0.515
Preta	2.96 [-2.91; 8.83]	0.319
Número de partos	1.75 [0.18; 3.32]	0.030
Estado civil		
Casada	<i>Referência</i>	
Solteira ou divorciada	-1.64 [-7.12; 3.83]	0.552
União Consensual	-1.48 [-6.50; 3.55]	0.560
Renda mensal	-0.002 [-0.005; 0.002]	0.395
Escolaridade		
1º grau ou 2º incompleto	<i>Referência</i>	
2º completo ou 3º grau	-2.01 [-6.07; 2.05]	0.329
Estado ocupacional		
aposentada + empregada	<i>Referência</i>	
Restantes	-2.17 [-6.53; 2.19]	0.325
Gravidez planejada		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	1.07 [-4.51; 6.66]	0.703
Parto doloroso		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-0.52 [-7.83; 6.79]	0.888
Tempo de trabalho (horas)	0.004 [-0.14; 0.15]	0.954
Tipo de parto		
Cesariana	<i>Referência</i>	
Parto vaginal	4.23 [-0.11; 8.56]	0.056
Sexo do bebê		
Feminino	<i>Referência</i>	
Masculino	-3.32 [-7.34; 0.69]	0.104
Apgar 1º min	1.73 [0.53; 2.92]	0.005
1º filho		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-3.03 [-7.06; 1.00]	0.138
Complicações do bebê ao nascer		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-14.6 [-21.2; -8.09]	<0.001

A análise de regressão simples na subescala das enfermeiras do questionário MCSRS não encontrou associação significativa com as variáveis: idade materna, raça, estado civil, situação econômica, escolaridade, estado ocupacional, planejamento da gravidez, parto doloroso ou não, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e tempo de trabalho de parto (Tabela 18). As enfermeiras foram avaliadas principalmente por

sua participação no trabalho de parto e parto. As enfermeiras apenas participaram dos partos normais vaginais, que foram a maioria.

Em relação ao modelo de regressão múltipla para a subescala as enfermeiras, as mulheres com complicações no parto pontuaram 14.48 pontos a menos, em média, do que suas contrapartes ($p < 0.001$). O histórico obstétrico (cada parto) pontuou 1.68 pontos a mais, em média ($p = 0.020$) (Tabela 19).

Tabela 19. Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação com as enfermeiras do Questionário MCSRS (N=82)

		Modelo Inicial F(6, 75) = 5.32; $p < 0.001$; R² = 0.299		Modelo Final F(2, 79) = 13.3; $p < 0.001$; R² = 0.252	
		Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Número de partos		1.27 [-0.81; 3.35]	0.227	1.68 [0.28; 3.09]	0.020
Tipo de parto	cesariana	<i>Referência</i>			
	vaginal	2.64 [-1.39; 6.68]	0.196		
Sexo do bebê	Feminino	<i>Referência</i>			
	Masculino	-2.68 [-6.38; 1.01]	0.152		
Apgar 1ºmin 1o filho	Não	<i>Referência</i>			
	Sim	-1.15 [-6.32; 4.02]	0.659		
Complicações do bebê ao nascer	Não	<i>Referência</i>			
	Sim	-13.87 [-21.73; -6.00]	<0.001S	-14.48 [-20.84; -8.12]	<0.001

A análise de regressão simples na subescala de médicos do questionário MCSRS não encontrou associação significativa com as seguintes variáveis: idade materna, raça, estado civil, situação econômica, escolaridade, estado ocupacional, planejamento da gravidez, parto doloroso ou não, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e tempo de trabalho de parto. (Tabela 20).

Tabela 20. Regressões simples para Subescala Satisfação com os médicos do Questionário MCSRS (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Idade materna	0.12 [-0.17; 0.41]	0.398
Raça		
Branca	<i>Referência</i>	
Parda	1.05 [-4.07; 6.18]	0.683
Preta	2.17 [-2.95; 7.30]	0.401
Número de partos	1.49 [0.12; 2.86]	0.033
Estado civil		
Casada	<i>Referência</i>	
Solteira ou divorciada	-1.81 [-6.57; 2.96]	0.453
União Consensual	-1.04 [-5.41; 3.33]	0.636
Renda mensal	-0.001 [-0.005; 0.002]	0.443
Escolaridade		
1º + 2º incompleto	<i>Referência</i>	
2º completo + 3º grau	-1.91 [-5.45; 1.62]	0.284
Estado ocupacional		
Aposentada + Empregada	<i>Referência</i>	
Restantes	-2.37 [-6.16; 1.42]	0.217
Gravidez planejada		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	2.24 [-2.61; 7.08]	0.361
Parto doloroso		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	1.62 [-4.74; 7.97]	0.614
Tempo de trabalho (horas)	0.05 [-0.07; 0.18]	0.416
Tipo de parto		
Cesariana	<i>Referência</i>	
Parto vaginal	4.31 [0.57; 8.05]	0.025
Sexo do bebê		
Feminino	<i>Referência</i>	
Masculino	-3.43 [-6.9; 0.05]	0.053
Apgar 1º min	1.71 [0.69; 2.74]	0.001
1º filho		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-2.60 [-6.11; 0.92]	0.145
Complicações do bebê ao nascer		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-13.2 [-18.8; -7.53]	<0.001

Em relação ao modelo de regressão múltipla para a subescala médicos, as PWLWHIV com complicações no parto pontuaram 13.37 pontos a menos, em média,

do que suas contrapartes ($p < 0.001$). Além disso, o sexo do bebê masculino pontuou 3.31 pontos a menos, em média, do que o feminino ($p = 0.034$). O histórico obstétrico (cada parto) pontuou 1.22 pontos a mais, em média ($p = 0.048$) (Tabela 21).

Tabela 21. Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação com os médicos do Questionário MCSRS (N=82)

		Modelo Inicial F(6, 75) = 6.25; p<0.001; R² = 0.333		Modelo Final F(3, 78) = 11.4; p<0.001; R² = 0.305	
		Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Número de partos		1.00 [-0.77; 2.76]	0.263	1.22 [0.01; 2.43]	0.048
Tipo de parto					
	Cesariana	<i>Referência</i>			
	Parto vaginal	2.72 [-0.71; 6.14]	0.119		
Sexo do bebê					
	Feminino	<i>Referência</i>		<i>Reference</i>	
	Masculino	-2.77 [-5.90; 0.37]	0.083	-3.31 [-6.36; -0.25]	0.034
Apgar 1ºmin		0.28 [-0.88; 1.43]	0.636		
1º filho					
	Não	<i>Referência</i>			
	Sim	-1.18 [-5.57; 3.21]	0.595		
Complicações do bebê ao nascer					
	Não	<i>Referência</i>		<i>Reference</i>	
	im	-11.73 [-18.41; -5.05]	<0.001	-13.37 [-18.76; -7.98]	<0.001

A análise de regressão simples na subescala de satisfação geral do parto do questionário MCSRS não encontrou associação significativa com as seguintes variáveis: idade materna, raça, estado civil, planejamento da gravidez, parto doloroso ou não, se era primeiro filho ou não, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e tempo de trabalho de parto (Tabela 22).

Tabela 22. Regressões simples para Subescala Satisfação Geral do Parto do Questionário MCSRS (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Idade materna	0.02 [-0.09; 0.14]	0.664
Raça		
Branca	<i>Referência</i>	
Parda	-0.65 [-2.66; 1.36]	0.521
Preta	0.11 [-1.90; 2.12]	0.911
Número de partos	0.41 [-0.14; 0.96]	0.138
Estado civil		
Casada	<i>Referência</i>	
Solteira ou divorciada	-0.76 [-2.63; 1.11]	0.421
União Consensual	-0.64 [-2.35; 1.08]	0.463
Renda mensal	-0.0009 [-0.002; 0.0003]	0.143
Escolaridade		
1º + 2º incompleto	<i>Referência</i>	
2º completo + 3º grau	-1.06 [-2.43; 0.32]	0.131
Estado ocupacional		
Aposentada + Empregada	<i>Referência</i>	
Restantes	-1.44 [-2.90; 0.03]	0.055
Gravidez planejada		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	1.12 [-0.78; 3.02]	0.244
Parto doloroso		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	1.08 [-1.41; 3.57]	0.389
Tempo de trabalho (horas)	-0.005 [-0.06; 0.04]	0.826
Tipo de parto		
Cesariana	<i>Referência</i>	
Parto vaginal	2.21 [0.77; 3.64]	0.003
Sexo do bebê		
Feminino	<i>Referência</i>	
Masculino	-1.10 [-2.48; 0.27]	0.114
Apgar 1º min	0.88 [0.50; 1.26]	<0.001
1º filho		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-0.76 [-2.15; 0.63]	0.277
Complicações do bebê ao nascer		
Não	<i>Referência</i>	
Sim	-6.39 [-8.45; -4.34]	<0.001

Em relação ao modelo de regressão múltipla para a satisfação global geral com o parto, o parto vaginal obteve, em média, 1.69 pontos a mais do que a cesárea

($p=0.007$). Além disso, as mulheres com complicações no parto obtiveram, em média, 5.86 pontos a menos do que suas contrapartes ($p<0.001$) (Tabela 23). Esses dados comprovam que as complicações de parto foram fatores associados a uma experiência negativa de parto estatisticamente significativa.

Tabela 23. Regressões múltiplas inicial e final para Subescala Satisfação Global Geral do Parto do Questionário MCSRS (N=82)

	Modelo Inicial F(8, 73) = 7.09; $p<0.001$; R ² = 0.437		Modelo Final F(3, 78) = 17.8; $p<0.001$; R ² = 0.406	
	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Número de partos prévios	0.35 [-0.12; 0.82]	0.145	0.44 [0.09; 0.88]	0.046
Renda mensal	-0.0002 [-0.0001; 0.001]	0.807		
Escolaridade				
1º + 2º incompleto	<i>Referência</i>			
2º completo ou 3º grau	-0.27 [-1.66; 1.11]	0.695		
Estado ocupacional				
Aposentada + Empregada	<i>Referência</i>			
Restantes	0.18 [-2.30; 2.66]	0.883		
Tipo de parto				
Cesariana	<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
vaginal	1.60 [-0.95; 4.15]	0.215	1.69 [0.48; 2.90]	0.007
Sexo do bebê				
Feminino	<i>Referência</i>			
Masculino	-0.75 [-1.93; 0.43]	0.209		
Apgar 1º min	0.23 [-0.20; 0.66]	0.295		
Complicações do bebê ao nascer				
Não	<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
Sim	-5.10 [-7.62; -2.58]	<0.001	-5.86 [-7.85; -3.88]	<0.001

Tabela 24. Tabela do resultado final de todas as regressões múltiplas relativa a cada subescala MCSRS:

		Beta [95% CI]	p-value
MCSRS Satisfação do parto total			
Número de partos prévios		5.19 [0.88; 9.50]	0.019
Tipo de parto			
	Cesárea	<i>Referência</i>	
	Vaginal	16.43 [4.42; 28.43]	0.008
Complicações do bebê ao nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-58.79 [-78.48; -39.10]	<0.001
R² = 0.415		F (3, 78) = 18.4	<0.001
MCSRS Auto-satisfação			
Tipo de parto			
	Cesárea	<i>Referência</i>	
	Vaginal	4.36 [1.00; 7.71]	0.012
Complicações do bebê ao nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-21.06 [-26.59; -15.53]	<0.001
R² = 0.482		F (2, 79) = 36.7	<0.001
MCSRS Satisfação com o		Acompanhante de parto	Parto
Estado ocupacional			
	aposentada + empregada	<i>Referência</i>	
	Restantes	-1.08 [-1.96; -0.20]	0.017
Sexo do bebê			
	Feminino	<i>Referência</i>	
	Masculino	-0.86 [-1.68; -0.05]	0.039
Complicações do bebê ao nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-1.78 [-3.24; -0.32]	0.017
R² = 0.186		F(3, 78) = 5.93	0.001
MCSRS Satsfação com o		bebê	
Tipo de parto			
	Cesárea	<i>Referência</i>	
	Vaginal	1.67 [0.77; 2.57]	<0.001
Complicações do bebê ao nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-5.18 [-6.66; -3.70]	<0.001
R² = 0.484		F(2, 78) = 36.6	0.001
MCSRS Satisfação com as		enfermeiras	
Número de partos prévios		1.68 [0.28; 3.09]	0.020
Complicações do bebê ao Nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-14.48 [-20.84; -8.12]	<0.001
R² = 0.252		F(2, 79) = 13.3	<0.001

		Beta [95% CI]	p-value
MCSRS Satisfação com os médicos			
Número de partos prévios		1.22 [0.01; 2.43]	0.048
Sexo do bebê			
	Feminino	<i>Referência</i>	
	Masculino	-3.31 [-6.36; -0.25]	0.034
Complicações do bebê ao Nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-13.37 [-18.76; -7.98]	<0.001
R² = 0.305		F(3, 78) = 11.4	<0.001
MCSRS Satisfação global			
Número de partos prévios		0.44 [0.09; 0.88]	0.046
Tipo de parto			
	Cesárea	<i>Referência</i>	
	Vaginal	1.69 [0.48; 2.90]	0.007
Complicações do bebê ao nascer			
	Não	<i>Referência</i>	
	Sim	-5.86 [-7.85; -3.88]	<0.001
R² = 0.406		F(3, 78) = 17.8	<0.001

Na tabela 24, temos um resumo dos resultados do modelo final das regressões múltiplas onde se verifica que as complicações do bebê ao nascer se apresenta em todas as subescalas de avaliações do questionário MCSRS com um valor significativo sobre a experiência de parto da gestante. O tipo de parto também foi significativo na subescala relacionada a satisfação com o bebê.

O questionário adaptado na versão brasileira ainda fez 2 perguntas diretas da percepção das PWLWHIV do trabalho de parto e do parto (MCSRS 37 e 38). Nessas perguntas de autopercepção, cerca de 79% das PWLWHIV afirmaram que a experiência no trabalho de parto foi como ela esperava e que a experiência do parto também foi como ela esperava. Em relação ao trabalho de parto, uma das gestantes não respondeu a pergunta já que o seu parto foi cesárea sem trabalho de parto devido a carga viral elevada. Por isso na tabela 25, evidenciamos que na avaliação da percepção do trabalho de parto em relação ao que esperava tem apenas 81 pacientes.

Tabela 25. Percepção das Gestantes vivendo com o vírus HIV do trabalho de Parto e do Parto em relação as suas expectativas

Items	Nada a ver com o que esperava	Pouco a ver com o que esperava	Um pouco a ver com o que esperava	Muito a ver com o que esperava
Trabalho de parto em relação ao que esperava (MCSRS37)^a	9 (11.1%)	6 (7.4%)	2 (2.5%)	64 (79.0%)
Parto em relação ao que esperava (MCSRS38)	10 (12.2%)	5 (6.1%)	2 (2.4%)	65 (79.3%)

^a – 1 sem trabalho de parto

Tabela 26. Percepção das Gestantes vivendo com o vírus HIV da Experiência do Trabalho de Parto e Parto em relação as suas expectativas.

Items	Experiência muito negativa	Experiência pouco negativa ou pouco positiva	Experiência muito positiva
Experiência positiva do Trabalho de Parto (MCSRS39)	9 (11.0%)	8 (9.8%)	65 (79.3%)
Experiência Positiva do Parto (MCSRS 40)	14 (17.1%)	3 (3.6%)	65 (79.3%)

^a – 1 faltando

Em relação a experiência de parto comparando com suas expectativas (MCSRS 39 e 40), as PWLWHIV em 79% relataram que a experiência foi muito positiva (Tabela 26). Em relação ao trabalho de parto, como na tabela anterior, uma das gestantes não respondeu a pergunta já que o seu parto foi cesárea sem trabalho

de parto devido a carga viral elevada. Por isso na tabela 26, evidenciamos que na avaliação da percepção do trabalho de parto em relação ao que esperava tem apenas 81 pacientes.

As correlações de Spearman entre os resultados dos questionários de Mackey adaptado ao Brasil (MCSRS) e respostas diretas as expectativas e experiência de trabalho de parto e parto encontram-se na tabela 27. Os resultados revelam padrões extremamente interessantes nas correlações entre os diferentes itens da escala MCSRS. As associações entre MCSRS_37 ("Trabalho de parto em relação ao que esperava"), MCSRS_38 ("Parto em relação ao que esperava"), MCSRS_39 ("Experiência positiva do trabalho de parto") e MCSRS_40 ("Experiência positiva do parto") apresentam valores notavelmente altos, todos iguais ou superiores a 0.997. Estas correlações praticamente perfeitas sugerem que esses quatro itens, embora conceitualmente distintos, estão medindo construtos profundamente inter-relacionados na percepção das mulheres sobre sua experiência de parto. As respostas às perguntas MCSRS 37, 38, 39 e 40 foram quase sempre as mesmas, daí que a correlação seja muito próxima de 1.

Este achado tem implicações teóricas e práticas significativas. Do ponto de vista teórico, os dados sugerem que a avaliação das mulheres sobre seu parto tende a ser holística - as expectativas sobre o trabalho de parto estão intrinsecamente ligadas às expectativas sobre o parto em si, e ambas se conectam fortemente com a percepção de positividade da experiência. Na prática clínica, isso reforça a importância de um acompanhamento pré-natal que prepare adequadamente as gestantes para todas as fases do processo de parto, já que expectativas realistas parecem estar associadas a experiências mais positivas. A quase indistinção estatística entre esses itens (com $p \geq 0.997$) pode indicar que, na mente das mulheres, esses aspectos da experiência do parto estão cognitivamente integrados, formando uma avaliação global coesa.

Vale destacar que todas essas correlações apresentaram significância estatística extremamente forte ($p < 0.001$), o que significa que a probabilidade de estas associações terem ocorrido por acaso é virtualmente nula. Esta robustez estatística confere grande credibilidade aos resultados e às interpretações que deles derivam. Contudo, é importante considerar que correlações tão altas podem também sugerir algum grau de redundância entre os itens.

Tabela 27. Correlações (Spearman) entre MCRS_37, 38, 39 e 40, Satisfação total com o Parto e Satisfação geral com o Parto

Items	MCRS_38	MCRS_39	MCRS_40	MCSRS Satisfação com o parto total	MCSRS Satisfação com o parto global
MCRS37^a	0.999	0.997	0.997	0.686	0.685
MCRS38	-	0.999	0.999	0.682	0.680
MCRS39^a	-	-	1	0.685	0.681
MCRS40	-	-	-	0.685	0.681
MCSRS Satisfação com o parto total	-	-	-	-	0.935

p<0.001

Uma experiência muito positiva no trabalho de parto e no parto ocorreu com 65 PWLWHIV (79.3%) (Tabela 26). Os principais motivos apontados pelas PWLWHIV para satisfação no parto foram a saúde do bebê (n=33, 40.2%), presença do parceiro no parto (n=26, 31.7%) e bom suporte do profissional de saúde (n=25,30.5%). A estrutura física da maternidade, a ocorrência do parto perfeita, a não sensação de dor e a visita antecipada à maternidade também foram referidas no nosso estudo.

Os principais motivos para experiência negativa no parto foram mau suporte profissional de saúde (n=12,14.6%), dor excessiva ou medicalização excessiva (n=7, 8.5%) e ausência de acompanhante durante o parto (n=6, 7.3%) (Tabela 28). Outros fatores também foram apontados como má estrutura física da maternidade, ausência de informação sobre o nascimento, complicações com o bebê ao nascer e atraso do parto cesáreo.

Tabela 28. Percentual dos motivos que as PWLWHIV utilizaram para classificar a experiência do parto (N=82)

Grupos	n(%)
Razões positivas	
Saúde do bebê	33 (40.2)
Presença de acompanhante do parto	26 (31.7)
Bom suporte do profissional de saúde	25 (30.5)
tudo correu bem	4 (4.9)
estrutura física perfeita de maternidade	8 (9.8)
Sem sensação de dor	1 (1.2)
Visita antecipada à maternidade	1 (1.2)
Razões negativas	
Falta de apoio profissional de saúde	12 (14.6)
Ausência de acompanhante do parto	6 (7.3)
Dor excessiva ou medicalização excessiva	7 (8.5)
Má estrutura física da maternidade	1 (1.2)
Ausência de informação de nascimento	1 (1.2)
Complicação com bebê	3 (3.7)
Atraso da cesárea	2 (2.4)

Tabela 29. Grupo de respostas das PWLWHIV para explicar sua experiência de parto positiva (N=82)

Grupos	Respostas	n(%)
Razões positivas		
Saúde do bebê	Bebê chorando	33 (40,2)
	Bebê saudável	
	Bem estar do bebê	
	Nascimento do bebê	
	Veja o rosto do bebê	
Presença de acompanhante	Contato pele a pele do bebê	26 (31,7)
	Marido esteja presente	
	Presença materna	
	Marido não faz esforço físico na sala de cirurgia	
	Felicidade do meu marido	
	Meu marido apoia	
	Ausência de um parceiro	
Bom suporte profissional de saúde	Apoio de enfermeiros	25 (30,5)
Bom suporte profissional de saúde	Excelentes médicos	
	Enfermeiros excelentes	
	Atenção dos médicos	
	Bons médicos apoiam	
	Bom atendimento profissional de saúde	
	Enfermeiras maravilhosas	
	Respeito por todos os profissionais de saúde	
Estrutura física perfeita de maternidade	Excelente anestesista	
	Médicos maravilhosos	
Estrutura física perfeita de maternidade	Higiene desde a maternidade	8 (9,8)
	Boa estrutura de maternidade	
tudo correu bem	Tudo correu bem	4 (4,9)
	Todas as coisas eram perfeitas	
estrutura física perfeita de maternidade	Assistência total na maternidade	
não sentindo dor	Bom parto sem dor	1 (1,2)
Visita antecipada maternidade	Visita precoce à maternidade antes do parto	1 (1,2)

Grupos	Respostas	n(%)
Razões negativas		
Mau apoio profissional de saúde	Assistência médica precária	12 (14,6)
	Enfermeira de saúde precária	
	Pobre enfermeiro e médicos cuidados de saúde	
	Ausência de atenção do enfermeiro	
	Ausência de berçário durante o parto	
Ausência de companheiro	Ausência da mãe na anestesia	6 (7,3)
	Sem companhia	
	Ausência do marido	
Dor excessiva ou medicalização	Período expulsivo terrível	7 (8,5)
	Grande sangramento e dor	
	Parto doloroso	
	Jejum longo	
	Dor excessiva	
Má estrutura física da maternidade	Cama livre, sem segurança	1 (1,2)
Ausência de informação de nascimento	Ausência de informação de nascimento	1 (1,2)
Complicação com bebê	O sofrimento do bebê	3 (3,7)
	Bebê foi para UTI	
	Ausência de contato do bebê	
Atraso da cesárea	Atraso da cesárea	2 (2,4)

Na tabela 29, descrevemos as respostas dadas pelas PWLWHIV no questionário MCSRS e como agrupamos essas respostas na tabela 28.

Na figura 1, 2 e 3, resumimos de forma gráfica os dados evidenciados nas tabelas anteriores, chamando a atenção com cores das respostas com maior percentual.

Figura 1: Percentual de experiência positiva, nem positiva nem negativa e negativa nas PWLWHIV :

Experiência do parto

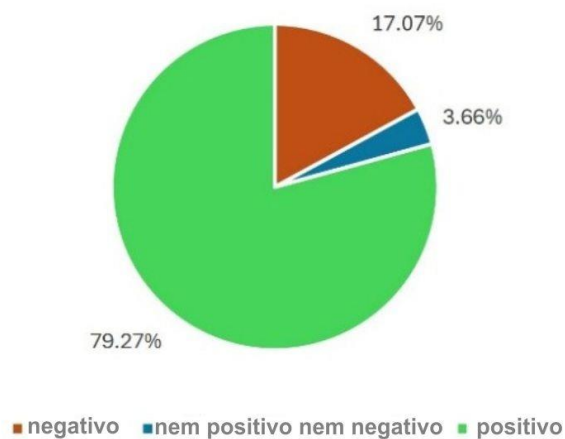
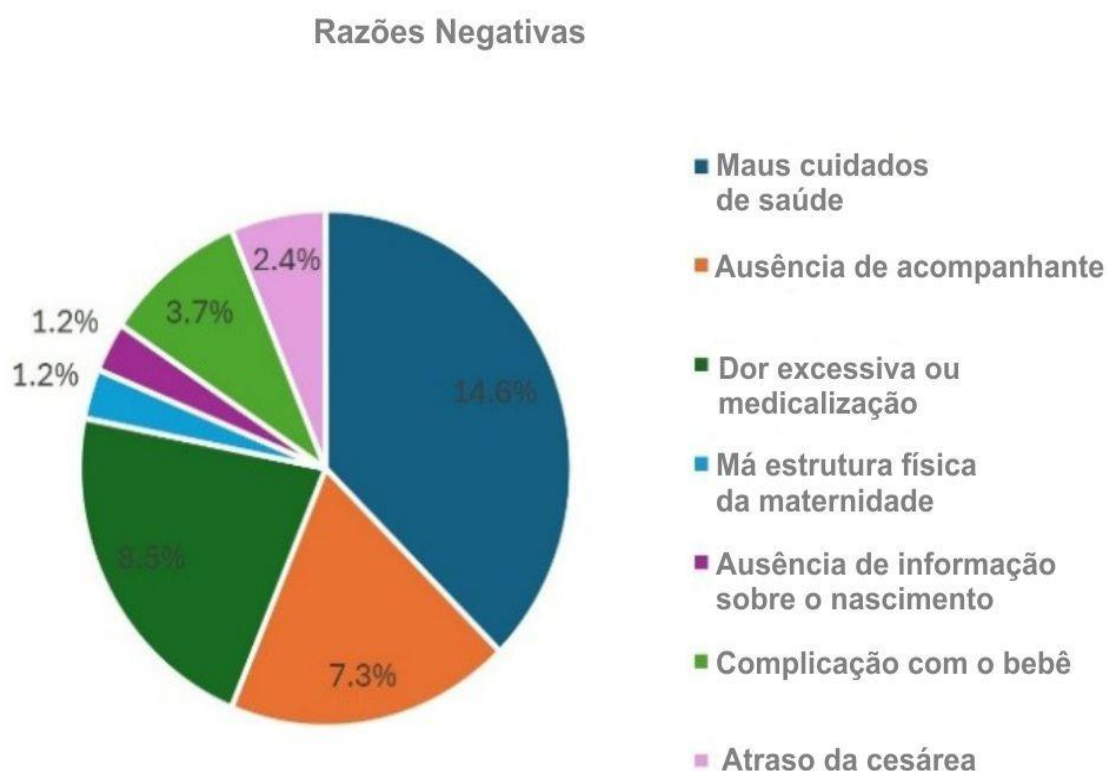


Figura 2: Razões positivas para Satisfação no parto das PWLWHIV



Figura 3: Razões negativas para Satisfação no parto das PWLWHIV



Nas figuras 4 e 5, evidenciamos que a experiência do trabalho de parto e do parto em relação ao esperado pelas PWLWHIV foram muito positivas e não foram influenciadas se a gestação em questão era primeiro filho ou não. Independente da experiência ser muito positiva, pouco positiva, pouco negativa ou muito negativa, não houve diferença percentual estatística na experiência de parto ou trabalho de parto se a mãe era primigesta ou múltipara.

Figura 4 – Gráfico de como a Experiência de trabalho de parto foi em comparação ao que a gestante esperava.

Experiência do trabalho de parto em relação ao que esperava

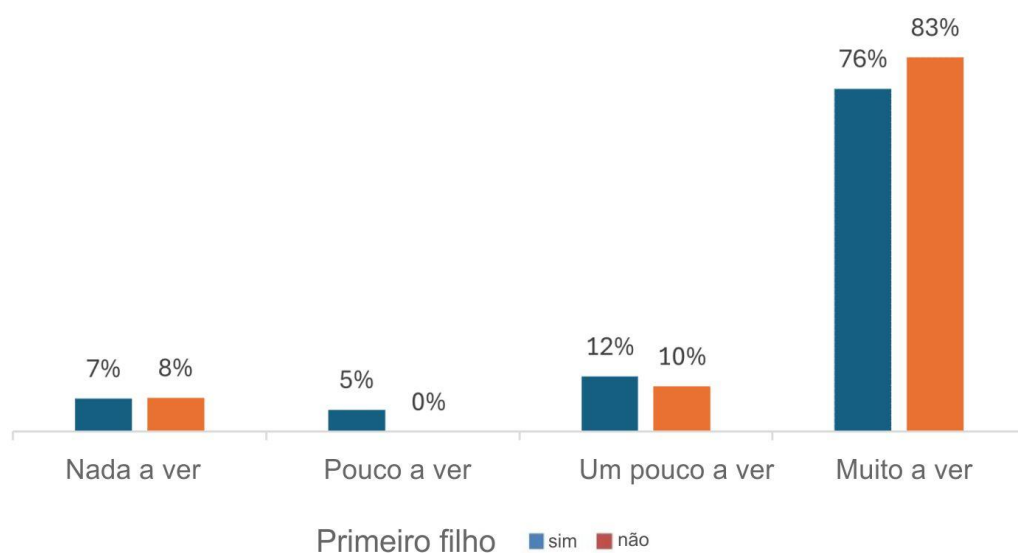


Figura 5 – Gráfico de como a Experiência de parto foi em comparação ao que a gestante esperava

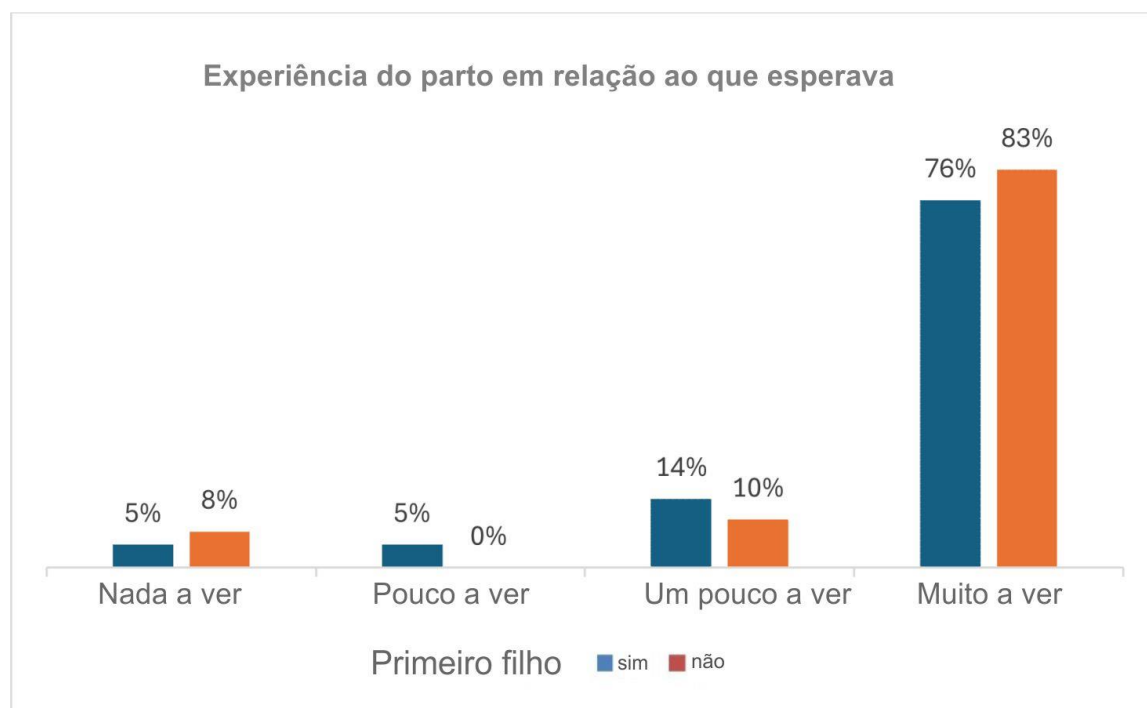
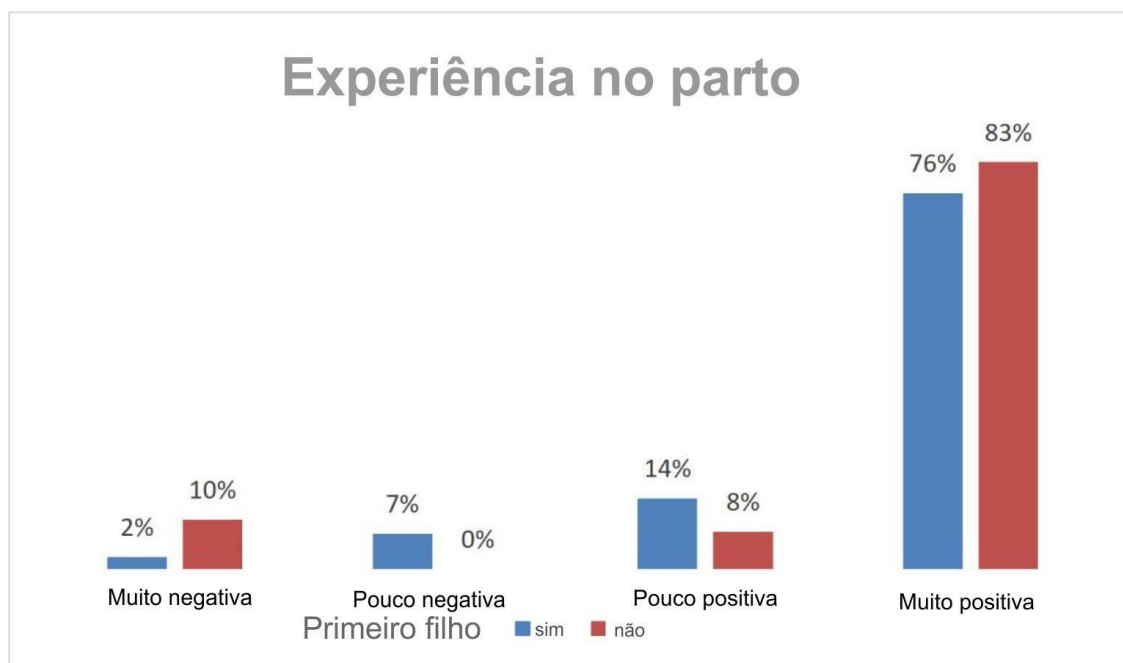


Figura 6 – Gráfico de como a Experiência de trabalho de parto foi comparando primípara e multipara.



Figura 7 – Gráfico de como a Experiência de trabalho de parto foi comparando primípara e multipara.



Nas figuras 6 e 7, evidenciamos que a experiência do trabalho de parto e do parto vividas pelas PWLWHIV foram muito positivas e não foram influenciadas se a gestação em questão era primeiro filho ou não. Independente da experiência ser muito positiva, pouco positiva, pouco negativa ou muito negativa, não houve diferença percentual estatística na experiência de parto ou trabalho de parto se a mãe era primigesta ou múltipara.

Um total de 80 (97.6%) PWLWHIV disseram que o plano de parto ajudou a entender e tomar decisões durante o trabalho de parto e partos, ajudando a ter uma experiência positiva de parto (Tabela 30). O plano de parto ajudou as PWLWHIV a escolher suas preferências e prioridades e formar expectativas realísticas em relação ao trabalho de parto e parto.

Tabela 30. Avaliação das PWLWHIV da amostra (N=82) quanto á utilidade do Plano de Parto:

Variável	Descritiva
Avaliação do plano de parto	
Não	2 (2.4%)
Sim	80 (97.6%)

5. DISCUSSÃO

A gestação é um momento importante para o teste e o tratamento das mulheres vivendo com o vírus HIV (297). A experiência da mulher no parto é crítica para avaliação do cuidado da saúde e do sistema de saúde bem como das maternidades (173). Reconhecer e respeitar as necessidades e desejos das gestantes é muito importante na avaliação das maternidades e para melhora dos sistemas de saúde (298).

Experiências de gravidez e parto são importantes e têm impactos de longo prazo no bem-estar das mulheres e suas famílias. Os serviços perinatais devem ter como objetivo o atendimento que promova uma experiência positiva de parto, bem como otimizar os resultados de saúde para a mulher e o recém-nascido (299). Uma experiência positiva de parto é influenciada por vários fatores-chave, que podem ser amplamente categorizados em atributos do provedor de saúde, atributos do sistema de saúde, comunicação e tomada de decisão e a experiência geral do atendimento. De acordo com a literatura, sentir-se apoiada, no controle, segura e respeitada são as bases centrais de uma experiência positiva de parto. Isso abrange os aspectos emocionais e físicos do atendimento (300). Uma experiência positiva de parto é caracterizada por uma combinação de apoio emocional, atendimento respeitoso e competente, comunicação eficaz e um ambiente seguro e de apoio. Esses fatores contribuem coletivamente para o senso de controle, segurança e respeito da mulher durante o parto, levando a uma experiência positiva (299).

A satisfação da paciente é um indicador crucial da qualidade do atendimento fornecido nas maternidades. No contexto do parto, avaliar a satisfação das PWLWHIV é essencial para melhorar o atendimento obstétrico e garantir resultados positivos para mães e recém-nascidos (301)

A satisfação com o parto é um conceito multidimensional, incorporando vários aspectos da experiência de parto. Pode refletir a satisfação não apenas com o processo de parto em si, mas também com o suporte dos profissionais de saúde, o ambiente do parto e o bem-estar pessoal. Pesquisas mostram que os preditores mais significativos da satisfação geral com o parto incluem o nascimento de um bebê saudável e se as expectativas da PWLWHIV para o trabalho de parto e o parto são atendidas, o que foi confirmado no nosso estudo (283,287). Para aumentar a

satisfação, os profissionais de saúde, tanto os enfermeiros como os médicos, devem concentrar suas intervenções de apoio no alinhamento com as expectativas da mulher, tanto durante o pré-natal quanto durante o trabalho de parto e o parto (287). Para as PWLWHIV, é especialmente importante avaliar e discutir os seus desejos e expectativas durante a gravidez. Esse diálogo contínuo pode ajudar a garantir que um plano de parto personalizado seja desenvolvido, abordando suas necessidades e preocupações únicas. Ao criar um plano de parto que se alinhe com suas expectativas, PWLWHIV pode experimentar maior satisfação e uma experiência de parto mais positiva (148,284).

Um dos achados mais relevantes desse estudo diz respeito às correlações entre os itens específicos da experiência do parto (MCRS37 a MCRS40) e as medidas de Satisfação Total e Global do questionário MCSRS. Os coeficientes de Spearman para estas relações situaram-se na faixa de 0.680 a 0.686, indicando associações moderadamente fortes e estatisticamente significativas ($p < 0.001$). Estes valores sugerem que, embora exista uma relação clara entre as avaliações específicas da experiência do parto e a satisfação geral, outros fatores além das expectativas e da percepção de positividade da experiência contribuem para a satisfação global.

Esta descoberta está em consonância com a literatura internacional acima sobre satisfação com o parto ser multifatorial. Outros estudos como os de Hodnett (302) e Bell et al. (303) têm demonstrado consistentemente que a satisfação com o parto é um construto multifatorial, influenciado não apenas pelo atendimento às expectativas, mas também por elementos como o grau de controle percebido pela mulher, a qualidade do suporte recebido, a gestão da dor, e o respeito aos seus desejos e necessidades. O fato de as correlações não terem sido mais altas (próximas de 1) reforça a importância de considerar estes outros fatores em qualquer intervenção destinada a melhorar a satisfação com o parto.

Particularmente interessante é a correlação quase perfeita ($\rho = 0.935$) entre a Satisfação Total (escore composto) e a Satisfação Global (avaliação única). Este resultado valida o uso de escalas multidimensionais para avaliar satisfação com o parto, mostrando que medidas compostas por múltiplos itens específicos conseguem capturar eficazmente a avaliação global que as mulheres fazem de sua experiência. Do ponto de vista metodológico, isto sugere que tanto as medidas compostas quanto as avaliações globais podem ser usadas com confiança em pesquisas sobre

satisfação com o parto, embora as medidas multidimensionais ofereçam a vantagem de identificar áreas específicas que necessitam de intervenção.

Os resultados deste estudo, que demonstram fortes correlações entre expectativas atendidas, experiências positivas do parto e satisfação global, encontram respaldo em diversas pesquisas internacionais (304). Entretanto, Bohren et al, destacaram que a qualidade da interação com os profissionais de saúde teve impacto maior na satisfação do que o próprio atendimento às expectativas em contextos de baixa renda. Estas diferenças ressaltam a importância de considerar variáveis contextuais na interpretação dos resultados sobre satisfação com o parto (134).

A consistência geral de nossos achados com a literatura internacional fortalece a validade externa dos resultados, mas também aponta para direções futuras de pesquisa. As experiências de parto que divergem das expectativas estão associadas a maior risco de transtorno de estresse pós-traumático (305), sugerindo que as altas correlações encontradas em nosso estudo podem ter implicações clínicas significativas para a saúde mental perinatal. Estes paralelos com pesquisas internacionais destacam a relevância de intervenções que alinhem expectativas e experiências reais, ao mesmo tempo em que apontam para a necessidade de adaptar essas intervenções aos contextos culturais e sistemas de saúde específicos (269,306).

As PWLWHIV neste estudo tiveram suas expectativas de parto atendidas e ficaram satisfeitas. As PWLWHIV experimentaram uma boa satisfação total com o parto (pontuação 133 de 165) e boa satisfação geral com o parto (pontuação 12 de 15). Esses achados são consistentes com estudos realizados no Brasil com gestantes sem o vírus HIV, como o de (307), que encontrou uma média de 141 pontos (DP = 16.8) na escala MCSRS em 243 mulheres pós-parto sem HIV. Apesar da ligeira diferença nas pontuações (possivelmente devido a fatores como contexto assistencial), ambos os grupos apresentaram alta satisfação, mesmo em cenários onde a adesão às boas práticas de parto recomendadas foi baixa (307). Isso sugere que a satisfação com o parto pode ser influenciada por múltiplos fatores além da qualidade técnica da assistência, incluindo expectativas pessoais, suporte emocional e autonomia durante o processo (308,309).

Além disso, as PWLWHIV relataram boa autossatisfação (3.,3/45), satisfação com o parceiro (8.96/10), enfermeiras (35.1/45) e médicos (31.2/45), indicando que o suporte recebido durante o parto foi um componente crucial para sua experiência positiva. No entanto, a pontuação mais baixa em relação à satisfação com os bebês (8.48/10) pode ser atribuída à exclusão de itens sobre amamentação, uma vez que as PWLWHIV neste estudo não amamentaram devido ao risco de transmissão vertical do HIV. Essa limitação metodológica ressalta a necessidade de adaptar escalas de satisfação para populações específicas, como mulheres vivendo com HIV, para evitar viés de mensuração (283) .

Os achados deste estudo corroboram evidências internacionais que destacam a relação entre expectativas atendidas e satisfação com o parto. Trabalhos como os de Slade et al. (309) e Waldenström et al. (308) demonstram que, quando as mulheres vivenciam um parto alinhado com suas expectativas, elas tendem a relatar maior satisfação, independentemente de complicações ou intervenções médicas. Isso reforça a importância do aconselhamento pré-natal personalizado para PWLWHIV, garantindo que suas expectativas sejam realistas e alinhadas com as possibilidades clínicas (310,311).

A subescala de auto-satisfação, que avaliou a percepção das mulheres vivendo com HIV (PWLWHIV) sobre seu próprio desempenho e controle durante o parto, apresentou uma pontuação elevada de 37.3 em 45 pontos possíveis. Este resultado indica que a maioria das participantes sentiu-se empoderada e capaz durante o processo de parto, aspecto que se mostrou fortemente correlacionado com a satisfação total (133/165). A literatura internacional tem consistentemente demonstrado que a sensação de controle e autonomia durante o parto é um dos fatores mais importantes para uma experiência positiva. Hodnett (302), em sua revisão sistemática publicada na Cochrane Database of Systematic Reviews, encontrou evidências robustas de que mulheres que mantiveram maior controle sobre as decisões durante o trabalho de parto e parto relataram níveis significativamente mais altos de satisfação global. No contexto específico das PWLWHIV, estes resultados são particularmente relevantes, pois sugerem que intervenções que promovam a autonomia e o empoderamento destas mulheres podem ter um impacto positivo duplo: melhorando tanto a experiência imediata do parto quanto os desfechos de saúde mental no puerpério.

A alta pontuação na subescala de satisfação com o parceiro (8.96/10) indica que o apoio emocional do acompanhante foi um fator crucial para a experiência positiva das PWLWHIV. Esta dimensão mostrou-se intimamente relacionada com a satisfação total (133/165), reforçando achados de estudos internacionais sobre a importância do suporte contínuo durante o trabalho de parto. No contexto das PWLWHIV, estes achados ganham importância adicional, pois muitas destas mulheres enfrentam estigma social e podem se beneficiar especialmente do apoio emocional oferecido por seus parceiros ou acompanhantes escolhidos durante este momento tão significativo. O acompanhante ajuda as PWLWHIV de 4 formas diferentes: suporte emocional e físico (massagem, estímulo verbal e físico, confiança), preenchendo falta de comunicação entre os profissionais de saúde e a gestante, promovendo o alívio da dor com terapias alternativas não farmacológicas (exercícios, carinho, musicoterapia) e advogando em defesa da gestante, sua privacidade e suas vontades ante os profissionais de saúde (312).

Um ensaio clínico randomizado e controlado na África do Sul demonstrou que o envolvimento ativo do parceiro masculino durante a gravidez foi associado a uma taxa significativamente menor de bebês infectados pelo HIV em 12 meses após o parto (313). O apoio emocional e instrumental dos parceiros masculinos também é crucial para a saúde física e mental de mulheres grávidas vivendo com HIV. Entrevistas qualitativas na Zâmbia destacaram que as mulheres priorizaram a comunicação, a honestidade e o respeito em seus relacionamentos e consideraram o apoio do parceiro essencial para seu bem-estar durante a gravidez (314).

O apoio psicossocial dos parceiros pode mitigar o estresse e o estigma associados ao HIV durante o período perinatal. Em Uganda, as mulheres relataram que o apoio do parceiro as ajudou a navegar pelos desafios do estigma relacionado ao HIV e da violência do parceiro íntimo, que são estressores comuns durante a gravidez. O apoio do parceiro desempenha um papel crucial na redução do estresse materno e na melhoria da saúde mental de PWLWHIV. Estudos mostraram que o envolvimento do parceiro masculino pode diminuir significativamente os sintomas depressivos em mulheres grávidas vivendo com vírus HIV (260,315–317).

As PWLWHIV sem apoio do parceiro enfrentam vários desafios psicológicos comuns, que podem impactar significativamente sua saúde mental e bem-estar geral. Depressão e ansiedade entre PWLWHIV são altamente prevalentes entre PWLWHIV

sem apoio do parceiro(318,319). Um estudo na Tanzânia descobriu que 25% dessas mulheres atendiam aos critérios para depressão e 23.5% para ansiedade (320) .

No contexto específico das PWLWHIV, o suporte do parceiro adquire uma importância ainda maior. A presença do companheiro pode mitigar sentimentos de estigmatização e isolamento frequentemente associados ao diagnóstico de HIV, promovendo um ambiente de confiança e segurança emocional durante o parto. Estudo qualitativo recente conduzido na Tanzânia revelou que mulheres vivendo com vírus HIV se sentiam menos vulneráveis e mais respeitadas quando acompanhadas por seus parceiros durante o trabalho de parto e parto, o que também foi associado à maior adesão ao tratamento e seguimento no puerpério (272,321,322).

Além dos benefícios emocionais, a presença do parceiro durante o trabalho de parto contribui para uma comunicação mais eficaz entre a gestante e a equipe de saúde. O acompanhante pode atuar como intermediário, auxiliando na expressão das preferências e necessidades da mulher — o que é particularmente relevante para PWLWHIV, que podem enfrentar barreiras adicionais no acesso a cuidados sensíveis e livres de estigma. A presença de um acompanhante escolhido pela mulher foi associada a uma maior percepção de respeito, apoio emocional contínuo e melhora da qualidade da comunicação com os profissionais de saúde (323,324).

A OMS recomenda desde 2018 que todas as mulheres tenham direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e nascimento (128), reconhecendo os impactos positivos da prática na experiência do parto e nos desfechos obstétricos.

É importante ressaltar que, embora a presença do parceiro seja benéfica, sua eficácia depende de fatores como preparo prévio e disponibilidade para oferecer suporte emocional e físico adequado. Programas de educação perinatal que envolvam os parceiros contribuem para aprimorar sua atuação e reduzir o sentimento de impotência frente ao processo de nascimento (272).

A implementação de políticas institucionais que garantam, incentivem e respeitem o direito da mulher ao acompanhante de sua escolha é essencial para a promoção de cuidados obstétricos humanizados, com ênfase na equidade, dignidade e centralidade da mulher — princípios especialmente importantes para populações vulneráveis, como as PWLWHIV.

A análise das subescalas de satisfação com a equipe de saúde revelou diferenças interessantes: enquanto a satisfação com as enfermeiras obteve pontuação relativamente alta (35.1/45), a satisfação com os médicos foi ligeiramente menor (31.2/45). Esta disparidade pode refletir diferenças na natureza e qualidade da interação que as mulheres têm com estes diferentes profissionais de saúde durante o parto. As enfermeiras, que frequentemente prestam cuidados mais contínuos e próximos durante o trabalho de parto, tendem a estabelecer relações mais empáticas com as parturientes. Por outro lado, os médicos, cuja participação muitas vezes se concentra em momentos específicos ou em situações que requerem intervenção, podem ter menos oportunidades de estabelecer este tipo de vínculo.

A qualidade da comunicação e o tratamento respeitoso por parte dos profissionais de saúde estão entre os fatores que mais impactam a satisfação global com o parto (325). As enfermeiras e os enfermeiros durante o trabalho de parto e parto desempenharam um papel fundamental no apoio às PWLWHIV, ajudando-as do ponto de vista emocional, a organizar seu ambiente de parto para atender às suas expectativas e manter um senso de controle pessoal e poder. Esse apoio pode ser particularmente importante, pois capacita as mulheres a navegar pelos desafios do trabalho de parto e parto com maior confiança (326–328)

Se algumas das expectativas da mulher não forem atendidas durante o processo, é crucial que o enfermeiro ou enfermeira forneça aconselhamento e ajude a mulher a entender as circunstâncias que cercam essas expectativas não atendidas. Em vez de permitir que a mulher se culpe, o enfermeiro ou enfermeira deve ajudá-la a aceitar os aspectos da situação que estavam além de seu controle, promovendo resiliência emocional e reduzindo os sentimentos de culpa ou frustração. Ao facilitar as expectativas da mulher e encorajar o controle pessoal, os enfermeiros e enfermeiras podem melhorar a experiência geral do parto, levando a uma maior satisfação. Essa abordagem apóia não apenas o bem-estar físico, mas também o emocional e psicológico das PWLWHIV durante o trabalho de parto e parto, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e fortalecedora (287,329).

A subescala de satisfação com o bebê apresentou a menor pontuação (8.48/10), parcialmente devido à exclusão de itens sobre amamentação (não aplicável a PWLWHIV). As mães que vivem com HIV enfrentam sentimentos complexos e desafiadores ao não poder amamentar seus bebês devido ao risco de transmissão

vertical do vírus. Os impactos psicológicos e emocionais dessa situação podem ser vários: culpa e frustração, medo e discriminação, tristeza e luto pela experiência perdida, ansiedade sobre a saúde do bebê, e alívio com o menor risco de transmissão vertical (328,330).

A amamentação é frequentemente associada ao vínculo emocional entre mãe e filho. As mães vivendo com o vírus HIV podem sentir tristeza profunda por perder essa experiência. Por outro lado, nem todas as experiências são negativas. Algumas mães, especialmente aquelas com bom acesso a informações e apoio médico, sentem alívio por saber que estão protegendo seus bebês da transmissão do HIV (331,332).

A subescala de satisfação com o bebê no questionário de Mackey apresentou uma pontuação média de 8.48 em 10 pontos possíveis entre as PWLWHIV. Estes particularidades desta população. A pontuação relativamente menor nesta subescala pode ser atribuída principalmente à exclusão sistemática de itens relacionados à amamentação, componente tradicionalmente relevante nos instrumentos de avaliação pós-parto. Esta adaptação metodológica foi necessária devido às recomendações de evitar a amamentação para prevenir a transmissão vertical do HIV, conforme diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro (76). Tal constatação evidencia um desafio significativo na avaliação da satisfação materna em populações específicas, onde itens convencionais podem não se aplicar adequadamente.

Normalmente encontram pontuações mais elevadas (9.2-9.5/10) nesta subescala, diferença que pode ser atribuída à inclusão dos itens sobre amamentação nestas pesquisas (307). Diversos fatores influenciam a satisfação com o bebê entre PWLWHIV. A satisfação materna correlaciona-se fortemente com a saúde neonatal imediata, independentemente do status sorológico. O apoio psicossocial também emerge como element crucial. Com intervenções de aconselhamento adequado, os sentimentos negativos relacionados ao não aleitamento são reduzidos em 40%. Além disso, o acesso a alternativas de alimentação segura mostra-se determinante (332,333).

Estes achados têm importantes implicações para a pesquisa e prática clínica. Torna-se premente o desenvolvimento de instrumentos adaptados para avaliação da satisfação em PWLWHIV.

Os nossos resultados se alinham com outros estudos que mostraram uma relação positiva entre expectativas e satisfação com o parto (308,309). A congruência entre o que as PWLWHIV esperam e o que elas realmente vivenciam durante o parto desempenha um papel significativo na determinação da sua satisfação. Em muitos casos, as PWLWHIV avaliam sua satisfação com base em se alcançaram seus resultados esperados, sentindo uma sensação de realização quando suas expectativas são atendidas. Isso ressalta a importância de abordar e alinhar as expectativas durante a gravidez para melhorar a experiência do parto. Portanto, para entender completamente a satisfação das mulheres com o parto, é essencial avaliar os componentes da experiência do parto das PWLWHIV (284).

As PWLWHIV geralmente esperam uma série de considerações e intervenções voltadas para otimizar os resultados maternos e fetais, minimizando o risco de transmissão de mãe para filho do vírus do HIV. No entanto, PWLWHIV também esperam ter uma experiência positiva no parto (148). O controle pessoal durante o parto, o cumprimento das expectativas e o acesso a métodos preferidos de alívio da dor foram preditores significativos de maior satisfação (174,287). Além disso, viver e ter um parceiro como acompanhante de parto foi associado a uma pontuação de satisfação mais alta (174).

As experiências anteriores das PWLWHIV podem influenciar suas expectativas e refletir sua satisfação no parto. Na literatura, experiências anteriores de parto, incluindo o modo de parto e o número de partos anteriores, influenciam significativamente a satisfação das mulheres com o parto (334–337). Esses fatores podem ter efeitos duradouros no bem-estar psicológico e na dinâmica do relacionamento. O modo de parto desempenha um papel significativo na formação da satisfação materna. Por exemplo, as mulheres que têm partos vaginais tendem a relatar maior realização e menor sofrimento em comparação com aquelas que passam por cesáreas (334).

O presente estudo revelou que a via de parto exerce influência significativa na satisfação materna entre PWLWHIV. Especificamente, mulheres submetidas ao parto vaginal apresentaram, em média, 16,43 pontos a mais na escala total de satisfação com o parto em comparação com aquelas que realizaram cesariana ($p = 0.008$). Além disso, na subescala de auto-satisfação, o parto vaginal foi associado a um incremento médio de 4.36 pontos ($p = 0.012$), e na subescala satisfação global geral com o parto,

a diferença média foi de 1.69 pontos a favor do parto vaginal ($p = 0.007$).

Esse resultado está em consonância com pesquisas internacionais, que frequentemente associam o parto vaginal a uma experiência mais positiva. Hodnett, em uma revisão sistemática, demonstrou que mulheres com partos vaginais, especialmente aquelas que receberam apoio contínuo durante o trabalho de parto (como suporte emocional e acompanhamento por enfermeiras obstétricas ou doulas), relataram níveis significativamente mais altos de satisfação. Esse achado sugere que a via de parto, por si só, não é o único fator determinante, mas sim a qualidade da assistência recebida e a sensação de controle sobre o processo (302). No entanto, é importante ressaltar que o estudo atual não detalha se as participantes tiveram acesso a intervenções como analgesia eficaz ou suporte emocional, o que poderia modular os resultados. No presente estudo, a magnitude da diferença (16.43 pontos) é clinicamente relevante e sugere que políticas de incentivo ao parto vaginal, quando clinicamente seguro, podem melhorar a satisfação das gestantes. Contudo, é necessário considerar que a amostra pode não ser representativa de todas as mulheres, uma vez que aquelas com complicações obstétricas tendem a ser excluídas do grupo de parto vaginal, introduzindo um viés de seleção.

Embora o estudo atual não estratifique as cesáreas entre eletivas e emergenciais, a literatura internacional sugere que essa distinção é crucial para entender as diferenças na satisfação. As mulheres submetidas a cesáreas não planejadas (especialmente aquelas realizadas após longos períodos de trabalho de parto) relataram os menores níveis de satisfação, frequentemente associados a sentimentos de falha, medo e trauma. Por outro lado, mulheres que optaram por cesáreas eletivas, sem indicação médica clara, apresentaram escores de satisfação semelhantes aos do parto vaginal, desde que houvesse um desejo consciente por essa via de parto.

A autonomia da mulher na decisão pelo tipo de parto pode ser o ponto crucial para a satisfação na experiência do parto. Quando a cesárea é realizada por motivos não médicos (como preferência pessoal ou conveniência), a satisfação tende a ser maior do que quando a intervenção é percebida como uma imposição do sistema de saúde (302,338,339). Portanto, a diferença de 16.43 pontos observada no estudo atual pode ser ainda mais pronunciada se a maioria das cesáreas analisadas foram emergenciais, enquanto cesáreas eletivas poderiam reduzir essa disparidade. Futuras

análises que estratifiquem as cesáreas por indicação poderiam elucidar melhor essa questão.

Um dos principais vieses em estudos comparando parto vaginal e cesárea é a seleção não aleatória das participantes. Mulheres com gestações de baixo risco (sem comorbidades como diabetes gestacional, hipertensão ou restrição de crescimento fetal) têm maior probabilidade de ter partos vaginais, enquanto aquelas com complicações obstétricas são mais frequentemente direcionadas para cesáreas. Esse viés pode inflacionar artificialmente a diferença na satisfação, uma vez que complicações médicas por si só já estão associadas a experiências negativas.

No contexto brasileiro, onde há uma alta taxa de cesáreas (muitas delas desnecessárias), é possível que a insatisfação esteja mais ligada à falta de autonomia do que ao procedimento em si. O estudo atual não avaliou se as mulheres desejavam inicialmente um parto vaginal ou cesárea, o que poderia ser um fator de confusão. Futuras pesquisas poderiam incluir variáveis como preferência inicial pela via de parto e nível de informação recebida durante o pré-natal.

O histórico obstétrico também demonstrou influência na satisfação materna. A cada parto anterior relatado, observou-se um aumento médio de 1.68 pontos na subescala de satisfação com as enfermeiras ($p = 0.020$), de 1.22 pontos na subescala de satisfação com os médicos ($p = 0.048$) e de 5.19 pontos a mais ($p=0.019$) na escala total de satisfação do parto do questionário MCSRS. Esses resultados indicam que mulheres com experiências obstétricas prévias tendem a relatar maior satisfação com a equipe de saúde, possivelmente devido à familiaridade com o ambiente hospitalar e às expectativas mais realistas em relação ao parto. A paridade pode ser um preditor de maior satisfação materna, sugerindo que experiências anteriores de parto podem preparar melhor as mulheres para partos subsequentes, resultando em percepções mais positivas sobre o cuidado recebido (340).

No Brasil, mudanças significativas estão em andamento no atendimento ao parto, com foco na redução da taxa de cesáreas e na promoção de um atendimento mais centrado na mãe. A mudança enfatiza a participação ativa das mulheres no processo de parto, encorajando-as a assumir um papel mais protagonista em sua própria experiência. Essa mudança se alinha a um movimento mais amplo para melhorar a qualidade da assistência à saúde materna, priorizando o bem-estar, a

autonomia e as preferências das mulheres. Para apoiar e orientar efetivamente essas mudanças, é essencial entender as perspectivas das mulheres que vivenciaram o parto (174).

Analisando o papel da dor na satisfação do parto nas PWLWHIV, a subescala do MCSRS de satisfação global apresentou mediana ligeiramente maior no grupo com dor (13) versus grupo sem dor (12), mas sem nenhuma significância estatística ($p=0,486$). Este achado contradiz parcialmente a literatura convencional (341,342). Nossa amostra específica de PWLWHIV parece apresentar um padrão distinto, possivelmente relacionado a expectativas prévias diferenciadas ou as PWLWHIV estão tão mais estressadas e interessadas no sucesso em não transmitir o vírus HIV para o feto, que o processo doloroso está em segundo plano.

A análise das subescalas revela padrões igualmente interessantes. Na auto-satisfação, ambos os grupos apresentaram mediana idêntica (36), com dispersão ligeiramente menor no grupo com dor (36-45 versus 32.5-40.5). Esta homogeneidade nas avaliações pode ser provavelmente pelo fato das PWLWHIV frequentemente estabelecerem metas adaptadas para o parto, onde o bem-estar fetal e a prevenção da transmissão vertical podem superar a importância da experiência dolorosa em sua avaliação de auto-satisfação.

As interações com a equipe de saúde apresentaram diferenças clinicamente relevantes, embora não estatisticamente significativas. A satisfação com enfermeiras foi maior no grupo sem dor (mediana 43 vs 36), padrão que se inverteu na avaliação dos médicos (26 vs 32). Esta aparente dicotomia encontra respaldo nas diferentes expectativas em relação a distintos profissionais de saúde durante o parto (343,344).

A satisfação total com o parto (mediana 136 com dor vs 122 sem dor, $p=0,681$) reforça a complexidade desta relação. Estes resultados alinham-se com a revisão sistemática de Hodnett (302), que estabeleceu um modelo teórico onde a satisfação com o parto seria determinada pela interação entre: expectativas pessoais, suporte recebido, qualidade da relação com os profissionais, e envolvimento nas decisões - com a dor sendo apenas um elemento neste contexto multifatorial. Especificamente para PWLWHIV, Tuthill et al. (345) sugeriu que a satisfação do parto pode estar mais vinculada à percepção de cuidado seguro e prevenção da transmissão vertical do que a variáveis convencionais como dor ou intervenções obstétricas.

As PWLWHIV também valorizam muito a realização pessoal e o controle por

meio da tomada de decisão ativa durante o trabalho de parto e o nascimento, mesmo quando intervenções médicas são necessárias, o que foi comprovado no nosso estudo na subescala auto-satisfação do questionário de Mackey. A sensação de estar informada e envolvida nas decisões sobre o trabalho de parto e o controle da dor impacta significativamente a experiência geral (346–348). Estas afirmações estão de acordo com os resultados do nosso estudo, pois a primeira razão e a terceira razão para uma experiência negativa no parto estavam relacionadas ao atendimento dos profissionais de saúde. As PWLWHIV valorizam o apoio prático e emocional de acompanhantes de parto e de uma equipe médica e de enfermagem competente, tranquilizadora e gentil. A tomada de decisão ativa durante o trabalho de parto e o nascimento são altamente valorizadas, mesmo quando intervenções médicas são necessárias. A sensação de estar informada e envolvida nas decisões sobre o trabalho de parto e sobre o gerenciamento da dor impacta significativamente na experiência de parto em geral (48). Em resumo, a comunicação eficaz e a tomada de decisão compartilhada são componentes essenciais que contribuem para uma experiência positiva (218,349,350). E a presença de um ambiente de apoio, incluindo um relacionamento de confiança e respeito com os profissionais de saúde, é crucial (158).

As complicações do bebê ao nascer tiveram um impacto significativo e consistente em todas as subescalas de satisfação com o parto, sendo o preditor mais forte de avaliações negativas. Na satisfação total do questionário de MCSRS, a presença de complicações reduziu a satisfação das PWLWHIV em 58.79 pontos (IC95%: -78.48 a -39.10; $p < 0.001$), um efeito substancial que supera até mesmo a influência do tipo de parto. Além disso, as mulheres com complicações no parto obtiveram, em média, 58.79 pontos a menos do que suas contrapartes ($p < 0.001$).

Quando analisamos as subescalas específicas, como a subescala de auto-satisfação e a subescala de satisfação em relação ao bebê, o efeito negativo das complicações neonatais permaneceu pronunciado, com reduções de 21.06 pontos ($p < 0.001$) e 5.18 pontos ($p < 0.001$), respectivamente. As PWLHIV tendem a experimentar maior angústia quando há complicações neonatais, possivelmente devido ao medo aumentado de transmissão vertical ou agravamento do estado de saúde do bebê. Em contraste, estudos com populações gerais mostram que, embora complicações neonatais reduzam a satisfação, o efeito é menos intenso ($\beta = -12.4$ em

uma escala de 100 pontos)(309), sugerindo que PWLWHIV podem ser particularmente vulneráveis a esses desfechos adversos .

Além disso, a satisfação com a equipe de saúde (enfermeiras e médicos) também foi significativamente afetada por complicações neonatais, com reduções de 14.48 e 13.37 pontos, respectivamente ($p < 0.001$ para ambos). Esse padrão é consistente com pesquisas como a de Lopes et al. (174), que destacam que complicações no parto muitas vezes levam a uma percepção negativa da qualidade do cuidado recebido, independentemente da competência real dos profissionais.

Na subescala relacionada ao acompanhante/parceiro do parto, as complicações ao nascer pontuaram 1.78 pontos a menos, em média, do que suas contrapartes ($p < 0.01$). E na subescala de satisfação global geral com o parto, as complicações ao nascer obtiveram, em média, 5.86 pontos a menos do que suas contrapartes ($p < 0.001$). Esses dados comprovam que as complicações do bebê ao nascer foram de parto foram fatores associados a uma experiência negativa de parto estatisticamente significativa.importantes em todas as subescalas, onsoante com a literatura como explicado acima.

A ausência de complicações com o bebê foi um bom preditor da satisfação das PWLWHIV no parto em nosso estudo. Complicações como baixas pontuações de Apgar e a necessidade de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) estão associadas à diminuição da satisfação materna com o parto (351–353). Além disso, intervenções obstétricas, como cesáreas de emergência e hemorragia pós-parto, foram associadas a menores pontuações de satisfação. Essas intervenções geralmente se correlacionam com resultados neonatais adversos, o que pode impactar ainda mais as prcepções maternas da experiência do parto (351,354).

Na pergunta subjetiva das razões para uma experiência de parto positiva nesse estudo, o fator mais citado, a saúde do bebê, correspondeu a 40.2% das respostas, confirmando que, independentemente das variáveis clínicas ou sociais, o desfecho neonatal é o elemento central de preocupação e satisfação para a maioria das mulheres. Isso é consistente com os achados de Hodnett et al. (302), que destacam que a percepção de segurança fetal é um dos principais preditores de satisfação materna, mesmo quando outras dimensões do cuidado são subótimas.

A presença de acompanhante, citada por 31.7% das mulheres, aparece como o segundo fator mais importante. Esse dado está em harmonia com a literatura

internacional (260,272,355) e com a recomendação da OMS que enfatiza que a presença contínua de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto está associada a melhores desfechos obstétricos e maior satisfação (128). O acompanhante funciona não apenas como apoio emocional, mas também como um mediador de respeito e dignidade, especialmente em serviços públicos, onde há maior risco de violência obstétrica. Assim, o alto valor atribuído a esse item reflete tanto um reconhecimento do suporte afetivo quanto uma estratégia de proteção e empoderamento da mulher em um ambiente potencialmente hostil.

A qualidade do apoio profissional, terceira razão mais citada (30.5%), reforça a importância das relações interpessoais no ambiente de parto. Esse identifica a comunicação clara, o respeito às preferências da mulher e a escuta ativa como componentes essenciais para uma experiência obstétrica positiva (356). No Brasil, estudos como os de Domingues et al. demonstram que o apoio de profissionais capacitados, em especial enfermeiras obstétricas, está diretamente associado a melhores índices de satisfação e menor incidência de intervenções desnecessárias. A confiança construída durante a assistência, especialmente em mulheres com histórico de vulnerabilidade, como as PWLWHIV, pode reduzir a ansiedade, melhorar a adesão às orientações clínicas e contribuir para um parto mais tranquilo (96,304).

Uma das vantagens da comunicação eficaz é poder aliviar a ansiedade materna, que geralmente é aumentada em mães mais velhas devido ao aumento do risco de complicações. Um estudo de Nicoloro-SantaBarbara et al. demonstrou que uma melhor comunicação, colaboração e empatia dos profissionais de saúde foram associados a práticas de comportamento de saúde salutar mais frequentes no final da gravidez, mediadas por reduções na ansiedade (357). O treinamento dos profissionais de saúde para uma comunicação eficaz entre as PWLWHIV e seus parceiros é essencial para mães mais velhas, pois pode reduzir a ansiedade, definir expectativas realistas e melhorar a compreensão e a tomada de decisões, melhorando assim os resultados do parto. Além disso, a comunicação centrada no paciente que inclui mensagens de empoderamento, apoio emocional e explicações claras pode ajudar a definir expectativas realistas e flexíveis para a experiência do parto (358).

As demais categorias citadas com menor frequência, como “estrutura física perfeita da maternidade” (9.8%), “tudo correu bem” (4.9%), “não sentir dor” (1.2%) e “visita antecipada à maternidade” (1.2%), embora menos determinantes para a

maioria, ainda são importantes. O fato de apenas 1.2% das mulheres citarem “não sentir dor” como razão de satisfação confirma evidências de que a dor, embora relevante, não é o único ou principal determinante da avaliação positiva do parto. Por outro lado, as poucas citações à estrutura física e à visita prévia à maternidade revela que aspectos técnicos e logísticos, embora importantes, não são suficientes, por si só, para assegurar uma experiência satisfatória, especialmente quando o cuidado relacional é negligenciado.

Esses achados, alinhados à literatura científica nacional e internacional, indicam que a satisfação no parto é um fenômeno multifatorial, mas fortemente influenciado por três pilares centrais: o desfecho neonatal, o apoio social (representado pelo acompanhante) e o vínculo com os profissionais de saúde. Intervenções de melhoria na experiência de parto devem priorizar a garantia da presença de acompanhantes, qualificação da equipe assistencial para práticas respeitadas e humanizadas, e reforço das estratégias clínicas que assegurem desfechos neonatais positivos, particularmente entre populações de maior vulnerabilidade, como as mulheres vivendo com HIV (131,359,360).

Melhorar o atendimento materno para exceder as expectativas maternas leva a uma experiência positiva de parto e envolve várias estratégias-chave baseadas em práticas baseadas em evidências. Primeiro, garantir um atendimento respeitoso e digno é fundamental (361,362). Foi demonstrado que treinar profissionais de saúde em atendimento materno respeitoso (RMC) melhora significativamente a satisfação materna e as experiências de parto. Isso inclui promover um ambiente onde as mulheres se sintam valorizadas e respeitadas durante toda a experiência do parto (131). Segundo, a tomada de decisão compartilhada e a autonomia do paciente são essenciais. Muitas PWLWHIV se sentem excluídas dos processos de tomada de decisão sobre seus cuidados. Elas relatam que os profissionais de saúde geralmente não buscam seu consentimento antes dos procedimentos ou as envolvem nas decisões de cuidados, levando a sentimentos de falta de autonomia (363–365). As mulheres valorizam ser participantes ativas em seus cuidados, tomar decisões informadas e ter suas preferências respeitadas. Isso pode ser facilitado por meio de planos de cuidados individualizados e comunicação eficaz dos profissionais de saúde (346,366). Terceiro, a continuidade do cuidado e o apoio emocional são essenciais. As mulheres se beneficiam de profissionais de saúde consistentes e da presença de

acompanhantes no parto, o que contribui para uma sensação de segurança e apoio. O apoio emocional de profissionais de saúde e acompanhantes pode melhorar significativamente a experiência do parto (346,367). Quarto, o suporte pós-natal é crucial para o bem-estar materno. Fornecer cuidados pós-natais abrangentes, incluindo visitas domiciliares e serviços de suporte acessíveis, pode abordar as necessidades de saúde física e emocional pós-parto (368). Por fim, abordar questões sistêmicas de assistência médica, como treinamento de provedores de saúde, disponibilidade de recursos e melhorias de infraestrutura, pode melhorar a qualidade geral do atendimento materno. Garantir pessoal adequado, melhorar as instalações físicas e implementar mecanismos de feedback do paciente são etapas importantes (369–371). Essas estratégias são apoiadas por evidências de vários estudos e se alinham com os padrões da Organização Mundial da Saúde para assistência materna de qualidade (131,346,368,369).

O estresse materno em amplo sentido, incluindo estresse, depressão e síndrome de estresse pós-traumático (PTSD) de experiências negativas de parto, particularmente em PWLWHIV tratadas com antiretrovirais, está intimamente associado a resultados cognitivos adversos (372–374). Maiores escores de estresse materno e depressão foram associados a menores escores cognitivos gerais em bebês expostos ao HIV, afetando domínios como linguagem expressiva, habilidades motoras finas, habilidades motoras brutas e recepção visual (375,376).

O PTSD materno e a depressão são fatores de risco significativos para o aumento de problemas de comportamento infantil. (376,377). Além disso, Marr et al. descobriram que o aumento do estresse materno durante o final da gravidez estava associado à conectividade alterada da amígdala neonatal com a ínsula anterior e o córtex pré-frontal ventromedial e ao afeto negativo em bebês, o que pode prejudicar o desenvolvimento cognitivo a longo prazo (378).

A alta viremia materna do HIV durante a gravidez pode contribuir para deficiências cognitivas neonatais, incluindo déficits na capacidade cognitiva global, memória de curto prazo, memória tardia, atenção e velocidade de processamento (379,380). Além disso, le Roux et al. relataram que a viremia materna cumulativa previu pontuações mais baixas de linguagem motora e expressiva (381). Young et al. mostraram que crianças não infectadas pelo vírus HIV (HEU) mas filhas de mães vivendo com o vírus HIV pontuaram significativamente mais baixo em medidas de QI

em escala completa, QI de desempenho, integração motora visual e funcionamento adaptativo durante a primeira infância (382).

A saúde mental materna desempenha um papel significativo no neurodesenvolvimento de crianças não infectadas (HEU), porém expostas ao HIV. A depressão e o estresse maternos estão associados a resultados neonatais adversos e resultados neurodesenvolvimentais nessas crianças, principalmente baixo peso ao nascer e parto prematuro (383–385). Pontuações mais altas de depressão materna estão associadas a pontuações cognitivas gerais mais baixas e a domínios específicos, como linguagem expressiva, habilidades motoras finas, habilidades motoras brutas e recepção visual em bebês HEU (375). Além disso, o estresse materno está associado a resultados cognitivos mais fracos, particularmente em linguagem expressiva, habilidades motoras brutas e recepção visual (375).

Experiências negativas de parto podem exacerbar problemas de saúde mental pós-parto (386,387). Akinsolu et al. (386) destacaram que o status positivo do parceiro foi significativamente associado a menor depressão percebida entre PWLWHIV HIV ao fornecer estabilidade emocional e psicológica, reduzindo o risco de depressão pós-parto e atenuando os efeitos de experiências negativas anteriores de parto. Isso indica que o apoio do parceiro pode amortecer o impacto negativo de experiências adversas de parto na saúde mental pós-parto (386). Uma experiência negativa de parto em PWLWHIV também pode influenciar significativamente suas intenções reprodutivas e resultados em gestações subsequentes (187).

A análise dos percentuais das razões negativas para a satisfação do parto nas PWLWHIV nesse estudo demonstrou que "maus cuidados de saúde" foi o fator mais citado (14,6%), seguido por "dor excessiva ou medicalização" (8,5%) e "ausência de acompanhante" (7,3%). Esses achados corroboram a literatura (388,389).

Os itens com menor representatividade, porém igualmente importantes, incluíram "complicações com o bebê" (3,7%) e "atraso na cesárea" (2,4%), além de "ausência de informação sobre o nascimento" (1,2%) e "má estrutura física" (1,2%). Comparando as razões positivas e negativas para satisfação com o parto, os dados revelaram uma incoerência: enquanto a saúde do bebê foi o principal fator positivo (40,2%), as complicações neonatais emergiram como a quarta razão negativa (3,7%). Entretanto, a importância das complicações neonatais ficou clara e foram estatisticamente significativas no nosso estudo pelas análises de regressões

múltiplas, com $p < 0.001$. O desfecho neonatal é o elemento mais sensível na avaliação materna do parto. Notavelmente, o impacto das complicações supera em magnitude outros fatores negativos, sugerindo que para PWLWHIV, a segurança do recém-nascido não é apenas uma prioridade, mas uma condição *sine qua non* para avaliação positiva.

A ausência de dor foi um fator positivo irrelevante (1.2%), enquanto a dor excessiva figurou como segunda razão negativa (8.5%). Essa disparidade percentual reflete um paradoxo: serviços que falham no manejo adequado da dor criam experiências negativas desproporcionais, mesmo quando seu controle adequado não é o principal motivador de satisfação. Esse desequilíbrio é particularmente crítico para PWLWHIV, que frequentemente enfrentam medicalização excessiva.

A presença de acompanhante (31.7% de razões positivas para satisfação do parto) contrasta com sua ausência entre as razões negativas (7.3%). Essa aparente contradição resolve-se ao examinar os achados de Diniz et al. (390): quando presente, o acompanhante é valorizado, mas sua ausência raramente é percebida como falha isolada - geralmente ocorre junto com outras deficiências assistenciais.

A "estrutura física perfeita" foi a quarta em menção positiva (9.8%), e a "má estrutura física" teve baixa menção negativa (1.2%), mostrando que a estrutura física não é o fator mais relevante na satisfação do parto.

O apoio emocional e o enfrentamento do estigma também são vitais para as PWLWHIV. As PWLWHIV frequentemente enfrentam desafios psicológicos e emocionais significativos, incluindo estigma e vergonha relacionada ao HIV, que podem impactar na sua experiência de parto e engajamento no cuidado pós-parto (391). Deve-se sempre fornecer um ambiente físico adequado, um apoio emocional que inclua aconselhamento e um apoio de pares para poder ajudar a mitigar esses desafios (391). O cuidado envolvido dos profissionais de saúde com as PWLWHIV deve ser projetado para cumprir ou exceder as crenças e expectativas pessoais e socioculturais dessas mulheres (366).

Os profissionais de saúde precisam estar cientes de suas próprias crenças e preferências sobre o parto como uma fonte potencial de viés ao aconselhar PWLWHIV, particularmente quando há uma variedade de opções de tratamento e as evidências podem não favorecer fortemente uma opção em detrimento de outra (238).

Afulani et al. discutiram em seu manuscrito que algumas visões características

do modelo biomédico de parto podem dificultar o envolvimento das mulheres na tomada de decisões, levando-as ao que ele chamou de "dilema estigmatizante"; isto é, ser percebida e tratada como irracional ou egoísta ao tentar exercer sua autonomia na sala de parto (324). Este dilema estigmatizante surge quando as seguintes visões são endossadas de forma acrítica e irrestrita: (1) o parto é um processo repleto de riscos, particularmente para os bebês; (2) os relatos das mulheres em trabalho de parto não são confiáveis e sua perspectiva subjetiva não constitui uma fonte valiosa de informação; (3) o conhecimento e os procedimentos médicos são os meios mais seguros para dar à luz. Em um cenário onde essas afirmações são fortemente endossadas, se as mulheres que dão à luz agirem de acordo com a racionalidade instrumental e quiserem o melhor para seus bebês, será esperado que elas deixem as decisões para os especialistas médicos. Assim, não seguir as orientações dos especialistas pode levar as mulheres a cair no estigma da irracionalidade ou do egoísmo: elas podem ser percebidas e tratadas como irracionais, uma vez que podem não parecer buscar os melhores meios para atingir seu objetivo; ou egoístas, uma vez que podem parecer perseguir objetivos diferentes da saúde do bebê, o que se traduz pela perda da autonomia da mulher no parto (392).

Afulani et al. também evidenciaram que os provedores de saúde exibiram vieses implícitos e explícitos, que influenciaram suas percepções das expectativas e comportamentos das mulheres. Esses vieses podem levar a tratamento diferenciado e autonomia reduzida para mulheres de menor poder sócio-econômico ou diferentes origens raciais (324). O tratamento diferenciado foi vinculado à aparência das mulheres, às percepções dos provedores sobre as atitudes das mulheres, às suposições sobre quem tem mais probabilidade de entender ou ser cooperativo, à capacidade das mulheres de se defenderem ou responsabilizarem os provedores, à capacidade de pagar pelos serviços em tempo hábil, bem como a fatores situacionais relacionados ao estresse e ao esgotamento.

As barreiras comuns à autonomia durante o parto incluem: as atitudes e os comportamentos dos profissionais de saúde, as barreiras de comunicação, a falta de continuidade dos cuidados, os estereótipos culturais e a conscientização e o empoderamento das mulheres. As abordagens dos profissionais de cuidados perinatais para a tomada de decisões podem limitar significativamente a autonomia. Os profissionais podem ter atitudes paternalistas, priorizar a autoridade médica ou

exibir preconceitos que prejudicam a capacidade de tomada de decisões das mulheres. A falta de tempo do profissional de saúde; o estresse e esgotamento (“burn out”) do profissional de saúde; o conhecimento, as intenções e as suposições do profissional de saúde (conhecimento e habilidade inadequados, esquecimento e comportamentos inconscientes, autoproteção e conforto e suposições sobre o conhecimento e as expectativas das mulheres) (393–395).

A humanização da assistência à gestante deve transcender as técnicas obstétricas, garantindo direitos fundamentais, cuidado integral e priorização das escolhas da parturiente (396,397). Essa abordagem exige não apenas a disponibilidade de profissionais, mas o respeito incondicional à autonomia e aos desejos da mulher, princípio reforçado pelas diretrizes da OMS (128). No contexto das mulheres vivendo com HIV (PWLWHIV), essa humanização é ainda mais crítica, visto que o estigma e a medicalização excessiva podem agravar vulnerabilidades. Para PWLWHIV, os riscos são ampliados: a medicalização desnecessária pode reforçar sentimentos de perda de controle, especialmente quando combinada com protocolos rígidos de prevenção da transmissão vertical.

Apesar dos avanços legais, como a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) e as diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro, a implementação desses direitos ainda é irregular (75,196)irregular (156).

Nesse contexto, a Bioética está inserida de modo a permitir a reflexão e direcionamento dos profissionais da saúde que estão envolvidos na assistência ao cuidado, que devem ser norteados pelos seus princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (214). Entretanto, essa nova assistência obstétrica com tomada de decisão compartilhada com a gestante ainda é nova, para a maior parte dos obstetras e profissionais de saúde (398). Esse modelo encontra resistência talvez por falhas na formação dos profissionais de saúde que tem que sair da sua zona de conforto e segurança, visando atender as expectativas das gestantes e seus planos de parto. A obstetrícia intervencionista vem de encontro a medicina preventiva, ao paternalismo obstétrico e ao modelo hospitalocêntrico de atenção ao parto.

Compreender os direitos e a autonomia da mulher no contexto da assistência ao parto constitui uma premissa essencial. Toda gestante possui garantias fundamentais, como o direito de elaborar um plano de parto, receber tratamento respeitoso, obter informações claras e completas - incluindo sobre sua liberdade de

recusa - e exercer plenamente suas escolhas e preferências (399).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) reforça que, sob a perspectiva bioética, a autonomia da mulher deve ser o eixo central nas decisões sobre sua saúde reprodutiva. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem reconhecer a vulnerabilidade inerente ao período gravídico-puerperal, assegurando que todas as escolhas sejam feitas de forma consciente e voluntária, com o objetivo de prevenir possíveis danos (400).

As 56 recomendações da OMS feitas visam destacar o direito da gestante a ter um acompanhante à sua escolha, o respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto, bem como o respeito pelo seu desejo de um parto totalmente natural, até na fase de expulsão. A OMS visa incentivar a autonomia da gestante e coibir o paternalismo obstétrico ou modelo intervencionista (126).

O estudo de Silva et al. (401) destaca a relevância do empoderamento feminino ainda durante o pré-natal, ressaltando seus impactos positivos no parto e pós-parto, além de enfatizar o papel crucial da equipe de enfermagem no fortalecimento da autonomia da gestante em relação a seus direitos e escolhas. Contudo, quando analisamos o princípio da beneficência - que visa o bem-estar do paciente - surge um paradoxo: a autonomia do obstetra frequentemente se transforma em obstáculo para a garantia dos direitos da parturiente. Essa autoridade profissional, quando exercida sem limites, pode gerar relações assimétricas que suprimem a autonomia e as preferências da paciente (402,403).

O modelo tradicional de assistência ao parto, marcado por intervenções excessivas como medicalização desnecessária e procedimentos rotineiros, tem sido amplamente criticado por contrariar as diretrizes das boas práticas obstétricas e do parto humanizado (404). Pesquisa conduzida por Sehnem e al. (405) revela que essas práticas intervencionistas estão diretamente associadas a experiências negativas no parto, muitas vezes percebidas pelas mulheres como formas de violência obstétrica perpetrada pelos profissionais de saúde, o que é uma realidade que contrasta radicalmente com o modelo de cuidado idealizado.

Nesse contexto, destaca-se a importância fundamental da atuação da equipe de enfermagem na implementação de técnicas que favorecem o parto natural, proporcionando maior autonomia e conforto às mulheres durante o trabalho de parto

(387). O plano de parto emerge como ferramenta essencial nesse processo, servindo tanto para esclarecer as preferências da gestante quanto para protegê-la de possíveis violações de seus direitos, ao estabelecer de forma clara suas expectativas perante a equipe médica (401).

Em 2014, a OMS publicou uma declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (406), buscando alertar tanto a comunidade médica quanto a sociedade em geral sobre essa grave questão de saúde pública e direitos humanos. O documento destacou o crescente volume de pesquisas documentando experiências traumáticas vivenciadas por gestantes durante a assistência ao parto, incluindo diversas formas de violência institucional.

Essas violações incluem desde agressões físicas e psicológicas até humilhações, xingamentos, procedimentos médicos realizados sem consentimento (incluindo casos de esterilização forçada), quebra de confidencialidade, negação de analgesia e graves invasões de privacidade. A violência obstétrica é conceituada como qualquer ação ou omissão por parte de profissionais de saúde que resulte na apropriação indevida dos processos reprodutivos femininos, anulando a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo (217).

Na prática, essa violência se manifesta de múltiplas formas: fisicamente, através de intervenções desnecessárias como a manobra de Kristeller, restrição de movimentos, jejum imposto, uso de medicamentos sem autorização ou negação de alívio da dor; psicologicamente, por meio de linguagem abusiva, tratamento discriminatório, desconsideração das preferências da parturiente ou impedimento da presença de acompanhante (217,407).

A discussão sobre os limites da autonomia da mulher no parto envolve complexas questões éticas. A relação médico-paciente pressupõe confiança mútua, sem que isso signifique a obrigatoriedade do profissional em adotar condutas com as quais discorde. Embora a autonomia médica seja essencial em situações de risco iminente de vida, essa autoridade está sujeita a parâmetros jurídicos e éticos. A sociedade legitima essa autoridade profissional, mas em contrapartida exige conduta competente e respeitosa no manejo dos casos.

Neste contexto, humanizar o parto transcende a simples garantia de direitos individuais e sim, representa a construção de um modelo assistencial que equilibre

saberes técnicos e humanos, onde a segurança clínica coexista com o respeito à dignidade e às escolhas informadas da mulher. Trata-se de transformar a experiência do nascimento em um processo que honre tanto a ciência médica quanto a singularidade desse momento na vida das famílias. O modelo paternalista da obstetrícia tem que ser desconstruído e substituído por um modelo de tomada de decisão compartilhada.

A judicialização não garante a experiência positiva do parto apenas penaliza os profissionais de saúde. A legislação contra a violência obstétrica não resolve este grande problema de saúde pública. Mais do que a implementação de uma lei contra a violência obstétrica temos que mudar o comportamento autoritário do obstetra e incentivar a tomada de decisão compartilhada com a parturiente. O ensino da bioética seria um caminho a seguir.

É possível observar então que realizar mudanças em um modelo tecnocrático e intervencionista que perdura há anos na medicina é um processo árduo e lento. Portanto, é imprescindível que sejam implementadas atitudes inovadoras para aumentar a visibilidade, prevenir e enfrentar a violência contra as mulheres durante a gestação, parto e puerpério. Mais do que uma legislação, tem que se abordar o assunto e a postura obstétrica dentro das universidades bem como o ensino de Bioética com ensino na prática de como é a tomada de decisão compartilhada com a gestante, baseada num plano de parto bem realizado e num consentimento informado livre e esclarecido, onde a gestante deixa claro suas opções e vontades relacionadas ao parto.

A elaboração do plano de parto junto com o profissional de saúde bem como o esclarecimento do consentimento informado talvez sejam as chaves para a experiência positiva e segura do parto e evitar o crescente número de casos de violência obstétrica. Uma gestante bem informada e consciente se sinta mais segura, favorecendo uma experiência de parto positiva (163,235,257,299).

Um estudo na Índia mostrou que a mulher empoderada tem menor risco da experiência negativa do parto e violência obstétrica (408). A mulher empoderada devido a sua autoconfiança, conhecimento dos seus direitos, exige mais respeito a sua autonomia e desejos, sendo mais difícil sofrer abusos e maus tratos nos serviços de saúde. Da mesma forma mulheres com melhores condições econômicas relatam mais os abusos e maus tratos (408). O fato é que não encontramos nenhum estudo

sobre a experiência positiva ou negativa do parto nas gestantes vivendo como vírus HIV. A experiência negativa do parto pode causar distúrbio psicológicos e emocionais, que podem se constituir em barreiras e obstáculos a aderência ao tratamento destas mulheres vivendo com o vírus HIV no pós-parto e de suas crianças. O sistema de cuidado da saúde deve respeitar à mulher, promover e proteger sua dignidade, e aumentar sua confiança (46).

O plano de parto, historicamente interpretado como um documento opcional, elaborado de maneira subjetiva e pessoal pela gestante, deve ser ressignificado como uma diretriz institucional de saúde. Isso porque ele é, na essência, uma expressão concreta do direito humano à saúde reprodutiva, à autonomia corporal e à informação qualificada. Segundo a OMS, “o respeito aos direitos humanos das mulheres é parte central da qualidade da atenção ao parto” (128).

O plano de parto, ao permitir que a mulher registre as suas preferências, as suas expectativas e as suas recusas informadas, deixa de ser um “acessório” e passa a ser instrumento de efetivação de direitos. A incorporação institucional desse plano, como protocolo obrigatório de avaliação pré-natal e conduta durante o trabalho de parto, é essencial para assegurar que esses direitos não sejam violados em momentos críticos, quando a mulher muitas vezes está vulnerável, emocionalmente fragilizada ou em ambiente hospitalar adverso. Légaré et al. (409,410) mostraram que a inclusão sistemática da tomada de decisão compartilhada entre paciente e profissional reduz eventos adversos e aumenta a segurança assistencial. No caso da obstetrícia, onde o paternalismo ainda predomina em muitos serviços, a imposição institucional do plano de parto como diretriz é uma ferramenta de mudança cultural e ética indispensável. Não se trata de delegar à mulher a responsabilidade sobre as decisões médicas, mas de reconhecer que ela tem o direito de ser protagonista ativa em tudo que diz respeito ao seu corpo e à vida de seu filho.

O uso do plano de parto como diretriz institucional não apenas promove autonomia, mas também aumenta a previsibilidade dos cuidados e a segurança assistencial. Em ambientes hospitalares com alto fluxo de partos, a padronização de condutas clínicas com base nas preferências da mulher previamente discutidas reduz falhas de comunicação, conflitos éticos e decisões de emergência tomadas de forma reativa. Segundo Kruk et al. (410), a qualidade de um sistema de saúde moderno deve ser avaliada não apenas por seus resultados clínicos, mas pela confiança,

previsibilidade e coerência nas interações entre paciente e equipe.

O plano de parto, institucionalizado e registrado em prontuário e revisado por toda a equipe multiprofissional, atua como um “roteiro” de condutas previamente alinhadas, reduzindo intervenções desnecessárias e facilitando a tomada de decisão baseada em evidências e valores individuais. Os hospitais que adotam protocolos centrados na paciente tendem a apresentar menores taxas de episiotomia, cesáreas desnecessárias e internações prolongadas, justamente porque respeitam os limites acordados previamente. Além disso, a utilização institucionalizada do plano de parto permite que profissionais atuem com respaldo ético e legal em situações-limite, pois fica registrado de forma clara o que foi discutido, aceito ou recusado. Assim, o plano de parto, longe de ser apenas uma manifestação de desejo pessoal, se consolida como documento clínico-operacional que qualifica a assistência obstétrica (258,266).

A implementação de um plano de parto estruturado, respeitado e seguido pela equipe de saúde terá um impacto direto na saúde mental materna e na qualidade da experiência de parto. De acordo com Bohren et al. (134), mulheres que se sentiram ignoradas, manipuladas ou submetidas a intervenções não consentidas durante o parto apresentaram maiores taxas de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e insatisfação com os serviços. Em contraste, quando o plano de parto é considerado uma diretriz vinculante, e não uma sugestão facultativa, há redução significativa nos relatos de violência obstétrica, aumento do vínculo entre mulher e equipe e melhoria na confiança depositada no sistema de saúde.

A violência obstétrica, ainda que muitas vezes naturalizada nos serviços de saúde, constitui uma grave violação dos direitos humanos das mulheres e pode ocorrer de forma direta ou estrutural. O plano de parto, quando incorporado como diretriz institucional, representa um mecanismo concreto para prevenir essas violações, uma vez que formaliza os limites previamente acordados entre a mulher e os profissionais, com respaldo legal e ético (265,411).

A violência obstétrica inclui intervenções desnecessárias, comunicação negligente, desrespeito, humilhação, coerção e recusa em respeitar decisões informadas da paciente. Essas práticas ainda são frequentes, sobretudo entre populações mais vulneráveis — como mulheres negras, indígenas, adolescentes e portadoras de HIV (412,413).

Como visto no nosso estudo, as PWLWHIV disseram que o plano de parto foi

importante na sua satisfação com o parto. Pela importância do plano de parto em aumentar a autonomia das PWLWHIV, aumentar sua capacidade de tomada de decisão compartilhada e assegurar seus direitos, o plano de parto como uma forma de planejamento antecipado de saúde (PAS) ou diretiva antecipada de saúde (DAS). O plano de parto, onde a gestante expressa suas preferências para o trabalho de parto e pós-parto, se for elevado a categoria de DAS, terá uma obrigatoriedade de execução e seguimento pelos hospitais e profissionais de saúde. As vantagens incluem a maior sensação de controle e participação ativa da mulher no processo, o que está associado a maiores taxas de satisfação e menores índices de trauma psicológico pós-parto. A existência de um plano de parto institucionalizado permite a responsabilização de condutas desviantes e protege tanto a paciente quanto a equipe, ao documentar consentimentos, recusas e preferências (261,414).

No Brasil, a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) (196) e o Estatuto da Mulher Gestante reforçam que a autonomia da mulher deve ser garantida durante todo o ciclo gravídico-puerperal. A transformação do plano de parto em diretriz obrigatória é, portanto, uma medida prática, legalmente sustentada e cientificamente recomendada para garantir que os direitos fundamentais da gestante sejam respeitados e que a assistência obstétrica esteja livre de práticas abusivas.

A humanização do parto vai além da estética da sala de parto ou da liberdade de posição: trata-se de um modelo de cuidado centrado na escuta, na empatia e na construção de um vínculo terapêutico genuíno entre a mulher e a equipe de saúde. O plano de parto, quando incorporado como diretriz institucional, cria um ambiente de respeito mútuo e favorece uma comunicação transparente antes, durante e após o parto (162,235).

Quando o plano de parto deixa de ser opcional e passa a fazer parte dos protocolos de atendimento, ele obriga as instituições a institucionalizarem também essa escuta ativa. A literatura demonstra que isso melhora não apenas a experiência materna, mas também os desfechos clínicos: partos mais curtos, menor uso de analgesia invasiva, menor taxa de cesáreas eletivas e maior índice de amamentação precoce (257,281). Em última análise, o plano de parto como diretriz não apenas humaniza, mas eleva a qualidade assistencial ao integrar ciência e sensibilidade.

A adoção do plano de parto como diretriz institucional também tem implicações diretas na promoção da equidade e no enfrentamento das desigualdades sociais

dentro do sistema de saúde. Transformar o plano de parto em norma institucional é uma forma de garantir que todas as mulheres, independentemente de sua origem ou condição, tenham acesso ao mesmo padrão de cuidado baseado no respeito, na escuta e na segurança. Isso se alinha às metas dos ODS da ONU, especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 5 (Igualdade de Gênero) (415).

Como apontam Bohren et al. (275), o respeito aos desejos da gestante não pode depender do perfil socioeconômico dela, mas sim ser um componente estruturado dos sistemas de saúde. No caso das mulheres vivendo com HIV, o plano de parto permite que suas necessidades específicas — como escolha da via de parto, exclusão da amamentação, uso de TARV neonatal — sejam contempladas de forma planejada, com menor risco de constrangimento, exposição ou violação de sigilo. A igualdade na assistência só é possível quando há equidade nos protocolos. E o plano de parto, como diretriz, é um passo necessário nessa direção.

A institucionalização do plano de parto também reforça o princípio do consentimento informado, que é um dos pilares da bioética e do direito médico. O consentimento não pode ser um momento isolado, limitado à assinatura de um termo genérico às vésperas do parto. Ele deve ser um processo contínuo, construído durante o pré-natal, e o plano de parto funciona como o registro formal desse processo. Como afirmam Beauchamp e Childress (202), o consentimento válido exige informação clara, compreensão da paciente e liberdade de decisão. Quando esse consentimento está refletido num plano formal, arquivado no prontuário e conhecido por toda a equipe, ele oferece segurança jurídica tanto para a mulher quanto para os profissionais, reduzindo riscos de judicialização, mal-entendidos e conflitos no momento do parto.

Outro impacto do plano de parto é na formação de novos profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiros e obstetizes. Ao lidar com esse instrumento como parte obrigatória da prática clínica, os estudantes e os residentes são expostos desde cedo a um modelo de cuidado baseado na escuta ativa, no respeito às decisões da paciente e na construção compartilhada da conduta. Isso representa uma quebra com o modelo biomédico tradicional, muitas vezes hierárquico e centrado no saber do profissional.

A Resolução CNE/CES nº 3/2014 (416), que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, recomenda expressamente que a

formação médica seja orientada por princípios de humanização, equidade e compromisso social. Quando o plano de parto passa a ser política institucional, ele deixa de ser exceção e se torna parte do currículo oculto que molda atitudes e valores clínicos. Assim, essa medida tem impacto estruturante, preparando profissionais mais sensíveis às questões de gênero, raça e desigualdade, e mais aptos a atuar em sintonia com os direitos das mulheres e com a saúde baseada em valores (267).

Outra consequência positiva da institucionalização do plano de parto é o fortalecimento do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade nos serviços de obstetrícia. Ao criar um documento que deve ser lido, respeitado e atualizado por diferentes profissionais — obstetras, enfermeiros obstetras, psicólogos, assistentes sociais, doulas, pediatras — o plano de parto estabelece um eixo de integração entre saberes diversos e estimula a comunicação horizontal entre os membros da equipe. Isso é particularmente importante em maternidades de grande porte, onde o rodízio de plantões e a fragmentação do cuidado podem gerar desencontros e incoerências na condução do parto (266,267).

Segundo estudo de Rocha et al. (400), a presença de um plano de parto ativo melhora a coordenação entre os turnos, evita duplicação de procedimentos e contribui para que os profissionais se sintam corresponsáveis pelo bem-estar da gestante. Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS já estabelece que a integralidade da atenção passa pela valorização do diálogo entre os profissionais e o reconhecimento da usuária como sujeito de direitos. O plano de parto, quando transformado em diretriz institucional, materializa esses princípios ao exigir a atuação conjunta de toda a equipe, promovendo um modelo assistencial mais coeso, comunicativo e respeitoso.

Considerar o plano de parto como diretriz institucional representa um compromisso institucional com os direitos humanos, a equidade em saúde e a justiça reprodutiva. Quando a escolha da mulher é tratada como algo opcional, facultativo ou sujeito à conveniência do serviço, perpetua-se uma lógica de invisibilização das desigualdades e de submissão das subjetividades femininas às rotinas hospitalares. Por outro lado, quando o plano de parto passa a integrar a política assistencial da instituição, com protocolos de implementação, acompanhamento e avaliação, o sistema de saúde se alinha às recomendações internacionais de garantia do direito à saúde integral. Conforme a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

da UNESCO (417), a autonomia, a dignidade e a integridade da pessoa humana devem orientar todas as práticas em saúde. Além disso, a incorporação de diretrizes que reflitam as escolhas informadas das gestantes é respaldada por organismos como a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) e o UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas), que destacam que a centralidade da mulher no cuidado perinatal é um marcador de qualidade dos sistemas de saúde. Assim, ao transformar o plano de parto em diretriz, a instituição se responsabiliza formalmente por um modelo de cuidado ético, baseado em evidências e guiado por valores universais. Não se trata de ceder à vontade da paciente, mas de reconhecer que o verdadeiro cuidado começa com escuta, respeito e corresponsabilidade (261,414).

A institucionalização do plano de parto como diretriz, e não apenas como uma opção da gestante, representa um marco civilizatório na atenção obstétrica. Não se trata de uma medida simbólica ou decorativa, mas de uma transformação concreta nas bases da relação entre usuárias e sistemas de saúde. Ao reconhecer formalmente as escolhas da mulher como parte integrante dos protocolos institucionais, estabelecemos um novo padrão de cuidado — mais ético, mais seguro, mais humanizado e mais alinhado às evidências científicas. Os dados apresentados ao longo deste texto demonstram, com base em estudos nacionais e internacionais, que o plano de parto reduz eventos adversos, fortalece a confiança no sistema de saúde, combate a violência obstétrica, melhora a satisfação materna e promove a equidade em contextos de vulnerabilidade. Além disso, trata-se de uma ferramenta educativa para formação profissional, de articulação interprofissional e de proteção ética e jurídica para todos os envolvidos. Assim, defender o plano de parto como diretriz é defender o direito de nascer e parir com dignidade. É reconhecer que o cuidado em saúde não pode ser neutro frente às desigualdades sociais, nem arbitrário diante da autonomia feminina. Que as instituições que assumirem essa postura pioneira estejam conscientes de que não estão apenas acolhendo um documento, mas resgatando a humanidade do parto como ato de vida, escolha e respeito (258,261).

O plano de parto elevado a categoria de PAS representaria uma ferramenta poderosa para garantir que os valores e preferências das pacientes sejam respeitados, com benefícios claros para as gestantes, famílias e sistemas de saúde. No entanto, sua implementação eficaz requer esforços concertados para aumentar o conhecimento público, melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e

pacientes, e criar estruturas legais e institucionais que apoiem a sua utilização. No contexto obstétrico, o plano de parto ilustra como as PAS podem ser adaptadas a diferentes cenários clínicos, oferecendo autonomia e personalização dos cuidados, mas também destacando a necessidade de flexibilidade e preparo para situações imprevistas. O caminho a seguir deve incluir campanhas de educação pública, formação profissional e políticas que incentivem a integração das PAS na prática clínica diária, assegurando que os direitos e desejos das pacientes sejam sempre o foco central dos cuidados em saúde(267,280,303).

Um grande desafio é a implementação. Segundo Vedam et al. (418) apenas 43% das unidades de saúde conseguem implementar consistentemente os planos de parto, mesmo em sistemas com legislação favorável.

A viabilidade jurídica da proposta encontra respaldo no ordenamento português, onde o artigo 156.º do Código Civil já reconhece a capacidade de pessoas maiores e conscientes para tomar decisões sobre tratamentos futuros. A analogia com as diretivas antecipadas convencionais é reforçada pela similaridade de princípios: preservação da autonomia, redução de conflitos éticos e humanização dos cuidados.

5.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A análise dos dados sociodemográficos das PWLWHIV atendidas no IPPMG revelou uma homogeneidade marcante entre as participantes, o que, embora reflita o perfil local da população atendida, impôs limitações metodológicas relevantes à interpretação dos resultados. A mediana de idade de 28.5 anos evidencia uma concentração em mulheres jovens em idade reprodutiva. No entanto, a falta de variabilidade etária restringe a análise de possíveis diferenças entre faixas etárias, limitando a generalização para gestantes adolescentes ou com idade mais avançada.

Do ponto de vista racial e étnico, a predominância de mulheres autodeclaradas pardas e pretas (83%) no IPPMG, embora reflita fielmente a população periférica do Rio de Janeiro, dificultou comparações com contextos nacionais mais diversos, como por exemplo onde a maioria das gestantes vivendo com o vírus HIV era branca. A limitação decorre da impossibilidade de analisar se as percepções de cuidado, adesão

ao tratamento ou experiências de parto diferem entre grupos raciais em contextos mais heterogêneos. Essa homogeneidade também compromete a extrapolação dos achados para regiões brasileiras onde a composição racial é distinta, reduzindo a validade externa do estudo.

Em relação ao estado civil, o predomínio de gestantes casadas ou em união consensual (70.7%) sugere estabilidade conjugal, o que pode ter influenciado positivamente os escores de satisfação e suporte emocional. No entanto, esse perfil não permite avaliar o impacto da ausência de rede de apoio, como ocorre em outras populações onde a maioria das gestantes vivendo com vírus HIV era solteira. No estudo de Lopes et al., a estabilidade conjugal foi um importante fator na satisfação com o parto (174). A limitação reside na impossibilidade de analisar o efeito isolado da condição conjugal sobre desfechos psicossociais ou adesão à terapia antirretroviral.

Quanto à escolaridade, a maioria das participantes apresentava ensino fundamental ou médio incompletos (78.1%), caracterizando um perfil educacional de baixa escolaridade. Há uma associação entre baixo nível educacional e maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A homogeneidade observada neste estudo impediu a análise do papel protetor da educação superior ou de intervenções educativas prévias. Além disso, a ausência de grupos com maior escolaridade inviabiliza a comparação entre subgrupos quanto ao nível de compreensão das orientações perinatais ou adesão às medidas de prevenção da transmissão vertical.

A uniformidade do perfil sociodemográfico das gestantes do IPPMG dificultou análises multivariadas mais robustas, limitando a capacidade do estudo de identificar associações entre fatores clínicos, psicossociais e desfechos obstétricos. No presente estudo, a ausência de variabilidade em fatores como renda e escolaridade pode restringir a exploração dessas correlações, o que reforça a necessidade de futuros estudos multicêntricos, com amostras mais diversificadas, para ampliar a compreensão sobre os determinantes sociais e clínicos que afetam a experiência de parto entre PWLWHIV.

Estudos internacionais evidenciam que o SSE é um fator determinante na experiência obstétrica. Na Malásia e no Quênia, pesquisas demonstraram que mulheres com menor renda relataram significativamente menor satisfação com o atendimento recebido durante o parto, atribuída à percepção de discriminação, falta

de privacidade e comunicação deficiente com os profissionais (419,420). De modo semelhante, Lindquist et al. (421), em estudo conduzido na Inglaterra, relataram que mulheres pertencentes a grupos socioeconômicos mais baixos foram mais propensas a vivenciar tratamento desrespeitoso e comunicação inadequada, fatores fortemente associados à insatisfação materna. Esses achados sugerem que a relação entre SSE e satisfação é multifatorial, envolvendo não apenas o acesso, mas a qualidade da interação com os provedores de cuidado. Como nesse estudo, a maioria da população era de nível socioeconômico baixo, essa limitação provavelmente não influenciou nosso resultado e não ocorreu nenhum viés.

Embora os resultados apontem para uma elevada satisfação entre PWLWHIV no que diz respeito ao apoio do parceiro durante o trabalho de parto, algumas limitações importantes devem ser consideradas na interpretação desses achados. O tamanho reduzido da amostra de partos sem acompanhante ou sem dor dificultou análises comparativas robustas entre subgrupos.

Adicionalmente, a ausência de dados sobre o preparo ou a capacitação dos acompanhantes limita a compreensão sobre a qualidade e a efetividade do suporte prestado. Embora a literatura aponte que acompanhantes bem orientados promovem melhores experiências de parto (323), o presente estudo não avaliou esse aspecto. O simples fato de o parceiro estar presente não garante, por si só, um suporte eficaz.

Outra limitação relevante é a homogeneidade da amostra quanto a variáveis clínicas como carga viral indetectável, tabagismo, uso de álcool ou drogas psicoativas durante a gravidez. Isso reduziu a variabilidade dos dados e impediu análises multivariadas que poderiam elucidar a influência desses fatores. Essa limitação metodológica impede a identificação de potenciais associações entre esses fatores e os desfechos perinatais. Estudos anteriores destacam a importância dessas variáveis na adesão ao tratamento e na prevenção da transmissão vertical do HIV.

A exclusão de itens sobre amamentação na versão brasileira do questionário de Mackey aplicado às PWLWHIV pode causar alguma limitação a esse estudo. Como a amamentação é um componente central na maioria das escalas de avaliação pós-parto, sua ausência pode ter subestimado a real satisfação materna, especialmente no que diz respeito ao vínculo mãe-bebê. Como nosso resultado, evidenciou uma alta satisfação materna no parto essa limitação provavelmente não interferiu nos nossos

resultados. A adaptação do instrumento, embora necessária para evitar viés nas PWLWHIV, não deve ter comprometido a comparação direta com outros estudos que incluíram essa dimensão no caso das PWLWHIV.

Esse estudo foi realizado em um único centro de referência especializado, o que pode limitar a generalização dos achados para outras regiões ou serviços com diferentes perfis assistenciais. As condições estruturais, as rotinas de acolhimento e a formação da equipe multiprofissional podem ter influenciado positivamente os níveis de satisfação observados, sendo necessárias investigações multicêntricas para garantir maior validade externa. A recomendação da OMS sobre o direito ao acompanhante é universal, mas sua implementação prática varia amplamente entre contextos e sistemas de saúde (128). Assim, a extrapolação dos dados deve ser feita com cautela, respeitando as singularidades institucionais e culturais envolvidas.

Uma outra lacuna importante foi a ausência de avaliação do desenvolvimento infantil no período pós-natal. Considerando que a experiência obstétrica e a qualidade do cuidado pré-natal estão intimamente ligadas aos desfechos de saúde da criança, a atenção integral ao binômio mãe-bebê — incluindo o monitoramento do crescimento, desenvolvimento neurocognitivo e saúde imunológica da criança — é especialmente crucial em populações expostas ao HIV. A ausência de seguimento longitudinal impede, portanto, que se estabeleça qualquer inferência sobre o impacto das experiências de parto avaliadas nas condições clínicas e funcionais das crianças nascidas dessas gestantes. Essa omissão representa uma limitação a ser considerada. Entretanto, não era objetivo deste estudo avaliar o impacto da satisfação das PWLWHIV no desenvolvimento das crianças a longo prazo. Por isso, não interferiu nos nossos resultados.

A não inclusão de instrumentos padronizados para a triagem da saúde mental materna no período perinatal pode ser limitante em certo aspecto. Os transtornos depressivos e ansiosos são altamente prevalentes entre puérperas, e as PWLWHIV apresentam risco aumentado devido à sobrecarga psicossocial, ao estigma e aos desafios na adesão ao tratamento (422). A aplicação de escalas validadas, como a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), recomendada por diretrizes clínicas internacionais como ferramenta de rastreamento de sintomas depressivos em mulheres no puerpério, permitiria uma análise mais robusta das interações entre saúde emocional e percepção de satisfação com o parto. A ausência dessa avaliação

não limitou a interpretação dos dados obtidos, pois a depressão e a ansiedade são mais frequentes no puerpério, fase que não avaliamos nesse estudo.

Por outro lado, os resultados psicológicos de longo prazo das experiências de parto também impactam a satisfação. As mulheres mantêm memórias claras de suas experiências de parto mesmo anos depois, e essas experiências estão ligadas a resultados de longo prazo, como saúde mental e satisfação sexual (336). Além disso, a transição para a maternidade pode afetar a satisfação do relacionamento, com mães de primeira viagem experimentando uma diminuição mais pronunciada na satisfação em comparação com aquelas com partos subsequentes. Este fato não foi observado neste estudo. Não houve diferença estatística significativa na satisfação das PWLWHIV com o parto entre o grupo de mães pela primeira vez e o grupo de PWLWHIV multíparas.

Muitos fatores emocionais específicos das PWLWHIV influenciam a sua satisfação com o parto, como o estigma relacionado ao HIV, a discriminação, a ausência de apoio social ou familiar, a violência do parceiro íntimo e às expectativas culturais e sociais das pacientes. O estigma e a vergonha associados ao HIV podem impactar negativamente na experiência do parto. Mulheres que enfrentam estigma dentro do sistema de saúde ou em suas comunidades podem se sentir relutantes em revelar seu status de HIV, o que pode levar à adesão abaixo do ideal ao tratamento e ao apoio social reduzido (423). O nível de apoio recebido de parceiros, familiares e amigos é crucial. (337). Mulheres com maior apoio social tendem a ter atitudes mais positivas em relação à gravidez e ao parto, o que melhora a sua satisfação (424,425). Em nosso estudo, quase todas as PWLWHIV tiveram um acompanhante de parto, ajudando e participando durante o trabalho de parto e o parto. Infelizmente, não pudemos avaliar a ausência do acompanhante de parto.

6. CONCLUSÕES

Esta tese de doutoramento teve como objetivo analisar a satisfação com o parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV e os fatores envolvidos, como também compreender a importância do plano de parto, como uma ferramenta de planejamento antecipado de saúde para a satisfação das gestantes com o vírus HIV. A revisão de escopo realizada durante o desenvolvimento desta tese identificou que na literatura existe uma deficiência na avaliação da experiência de parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV (186). Devido a inexistência de trabalhos científicos neste subgrupo de gestantes, foi iniciado o nosso trabalho de campo. A presença do vírus HIV na gestação é relativamente recente e o subgrupo de portadores sem doença, mais recente ainda. Entretanto, este subgrupo aumenta cada dia mais. Inicialmente os trabalhos científicos visaram diminuir a transmissão vertical materno-fetal do vírus HIV. Agora que esta transmissão se encontra muito baixa, necessitamos analisar a qualidade da experiência de parto destas gestantes vivendo com o vírus HIV (426). Esse estudo é com certeza um dos primeiros que visou avaliar a satisfação das gestantes e não apenas a transmissão vertical do vírus HIV.

Mesmo tendo que assumir uma posição de obediência frente à profilaxia da transmissão vertical e à intensa medicalização necessária para tal fim, as mulheres vivendo com o vírus HIV podem e devem ter uma experiência de parto humanizada, onde podem decidir a posição e a via de parto desde que a carga viral seja inferior a 1000 cópias, bem como experimentar de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Também podem e devem contar com a presença de um acompanhante. A autonomia das mulheres vivendo com vírus HIV deve ser sempre incentivada. A informação durante o pré-natal é importante para diminuir os medos das gestantes, bem como informar dos seus direitos no parto. Essa atitude informativa do pré-natal pode diminuir a falta de continuidade entre o pré-natal e o parto, bem como dos profissionais de saúde dos dois setores (223,224) .

Nesse estudo, as PWLWHIV tiveram uma experiência positiva no parto em maternidades públicas do Rio de Janeiro. Nosso estudo confirmou que a experiência positiva de parto é multifacetada, envolvendo cuidados respeitosos e individualizados, gerenciamento médico, comunicação eficaz, ambientes de apoio e o envolvimento das PWLWHIV em processos de tomada de decisão (autonomia) (228,427,428). Esses

fatores contribuem coletivamente para uma sensação de segurança, controle e satisfação das PWLWHIV durante o parto (45,429,430).

Os resultados deste estudo sugeriram que tanto a via de parto quanto o histórico obstétrico foram importantes para a satisfação do parto entre as PWLWHIV. A promoção do parto vaginal, quando clinicamente seguro, e o fortalecimento do suporte emocional e informativo durante o trabalho de parto podem contribuir para experiências mais positivas. Além disso, a consideração das preferências individuais das mulheres e o respeito à sua autonomia são fundamentais para melhorar a satisfação com o parto.

As análises de correlação de Spearman entre os itens MCSRS 37 a 40 indicaram correlações quase perfeitas ($\rho \geq 0.997$), sugerindo que as percepções sobre o trabalho de parto e o parto estão profundamente interligadas na mente das participantes. Essa interconexão ressalta a necessidade de abordagens holísticas no cuidado pré-natal, que considerem as expectativas e experiências das gestantes de forma integrada.

Os resultados das razões positivas e negativas das PWLWHIV para a satisfação na experiência do parto destacaram dois eixos centrais. Por um lado, a satisfação está fortemente associada a fatores como boa saúde do bebê (40.2%) e a presença do acompanhante no parto (31.7%), seguida de um bom apoio do profissional de saúde (30.5%). Por outro, as experiências negativas são dominadas por maus cuidados de saúde (14.6%) e dor excessiva (8.5%), que estão ligados a traumas e insatisfação pós-parto. Essa dicotomia revela que, enquanto a satisfação é construída sobre a base de expectativas atendidas, as experiências negativas estão mais relacionadas a falhas no sistema de saúde e em questões clínicas críticas.

Além disso, a análise comparativa entre os fatores positivos e negativos evidencia disparidades significativas. Itens como "bom apoio profissional" (30.5% nas positivas) contrastam com "maus cuidados de saúde" (14.6% nas negativas), sugerindo que, quando o suporte é adequado, ele tem um impacto médio (foi o terceiro fator), mas sua ausência é o principal motivo de insatisfação. Já a "estrutura física da maternidade" apareceu tanto como razão positiva (9.8%) quanto negativa (1.2%), indicando que boas condições estruturais pesam mais na avaliação do que más infraestruturas.

Os elementos que mais impactaram a satisfação das PWLWHIV são

fundamentalmente emocionais e relacionais: a garantia do bem-estar fetal e o suporte humano durante o processo. Esta compreensão tem implicações diretas para a prática clínica, indicando a necessidade de fortalecer os sistemas de monitoramento fetal que gerem segurança às gestantes; garantir efetivamente o direito ao acompanhante; e desenvolver estratégias específicas de apoio emocional para as PWLWHIV.

A análise comparativa demonstra que fatores positivos e negativos não são meros opostos, mas operam em escalas diferentes. A saúde neonatal mostra efeito "tudo ou nada" - sua presença não garante satisfação, mas sua ausência devasta. O apoio do profissional de saúde segue padrão "ganho médio/dano severo" - sua qualidade traz benefícios médios, mas falhas pontuais têm impacto desproporcional.

Essas assimetrias sugerem que para PWLWHIV, as políticas de humanização devem priorizar a prevenção absoluta de complicações neonatais, protocolos rigorosos de manejo da dor, garantia de infraestrutura básica antes de investir em aprimoramentos e monitoramento constante da qualidade do apoio, onde pequenas falhas podem anular grandes investimentos prévios.

Os desafios enfrentados pelas PWLWHIV podem dificultar sua boa aderência ao tratamento para impedir a transmissão vertical do vírus HIV e impactar negativamente na sua qualidade de vida, bem como na de seus filhos. Esses desafios geralmente incluem estigma, discriminação, problemas de saúde mental e barreiras ao acesso a cuidados e suporte.

É importante salientar, que para garantir a satisfação materna no parto, cuidados respeitosos e dignos é primordial. O respeito e a educação com a mãe, o acompanhante e a família são importantíssimos para a gestante ter uma experiência positiva de parto. Isso inclui promover um ambiente de apoio onde as mulheres se sintam valorizadas e respeitadas durante toda a sua experiência de parto. O acesso a cuidados respeitosos e de alta qualidade é um direito humano básico, listado pela Organização Mundial de Saúde. A falta de cuidados respeitosos durante o parto está associada a resultados ruins e pode influenciar negativamente a busca por cuidados e a saúde mental materna.

A tomada de decisão compartilhada e a autonomia da gestante são cruciais. As mulheres valorizam ser participantes ativas em seus cuidados, tomar decisões informadas e ter suas preferências respeitadas. Isso pode ser facilitado por meio de planos de cuidados individualizados como planos de parto e com uma comunicação

eficaz dos médicos, enfermeiras e dos provedores de saúde em geral. A Sociedade de Medicina Materno-Fetal enfatiza que a tomada de decisão compartilhada aumenta o conhecimento, a confiança e a participação ativa do paciente, que são cruciais para o atendimento e a satisfação centrados no paciente. A tomada de decisão compartilhada impacta significativamente a satisfação materna ao aumentar o respeito pelos desejos do paciente e o envolvimento nas decisões de cuidados, promovendo um senso de empoderamento e reduzindo o conflito decisório, levando à melhoria da satisfação materna e da experiência geral do parto.

Concluindo, para garantir a tomada de decisão compartilhada e a autonomia da gestante, a elaboração do plano de parto junto com o profissional de saúde bem como o esclarecimento do consentimento informado talvez sejam as chaves. A gestante bem informada e consciente se sinta mais segura, favorecendo uma experiência de parto positiva.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PESQUISAS FUTURAS

Os achados desta tese evidenciaram a complexidade multidimensional que caracteriza a experiência do parto entre as PWLWHIV, revelando particularidades que demandam abordagens específicas no âmbito da assistência obstétrica.

A análise comparativa entre os fatores positivos e os negativos demonstraram que a satisfação destas mulheres está ancorada em três pilares fundamentais: desfechos neonatais favoráveis, adequado controle da dor e garantia de direitos básicos durante a assistência ao parto. Tais elementos corroboram os achados de Tuthill et al. (345), que destacam a interseção entre as vulnerabilidades clínicas e as sociais nesta população. Contudo, os nossos resultados avançam nesta compreensão ao demonstrar que a ausência de complicações neonatais não representa meramente um fator positivo, mas sim um requisito fundamental que estrutura toda a satisfação materna da experiência do parto, conforme sugerido pela elevada prevalência desta categoria nas respostas (40.2%).

A natureza assimétrica dos fatores identificados - onde a presença de elementos positivos não neutraliza completamente o impacto das experiências negativas - sugere a necessidade de repensar os modelos atuais de avaliação da satisfação no parto para esta população específica. As escalas convencionais podem subestimar particularidades críticas para PWLWHIV, como o medo da transmissão vertical, o estigma institucional e a impossibilidade de amamentar. Como instrumentos padronizados falham em capturar a complexidade da experiência destas PWLWHIV, especialmente no que concerne à relação entre satisfação e adesão ao acompanhamento pós-parto, novos instrumentos devem ser adaptados e validados para esta população especial.

A análise dos dados provenientes das regressões múltiplas aplicadas às subescalas do questionário de Mackey adaptado ao Brasil revelou que as complicações neonatais emergiram como o fator mais impactante, associando-se negativamente a todas as subescalas de satisfação, incluindo a satisfação total, autoavaliação, satisfação com o bebê, com as enfermeiras, com os médicos e a satisfação global. Essa associação destaca a importância crítica da saúde neonatal na percepção da experiência de parto dessas mulheres.

As razões apontadas pelas PWLWHIV para experiências positivas no parto incluíram, predominantemente, a saúde do bebê, a presença de um acompanhante durante o parto e o suporte adequado dos profissionais de saúde. Por outro lado, experiências negativas foram associadas à falta de apoio profissional, dor excessiva ou medicalização excessiva e ausência de acompanhante. Esses achados enfatizam a importância de um ambiente de parto que promova suporte emocional, controle da dor e inclusão de acompanhantes, elementos fundamentais para uma experiência de parto satisfatória.

Os resultados destacaram a complexidade da experiência de parto entre as PWLWHIV, influenciada por fatores clínicos, emocionais e contextuais. A compreensão desses fatores é essencial para o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde que visem melhorar a satisfação com o parto nesse grupo populacional, contribuindo para melhores desfechos maternos e neonatais. É necessário abordagens que: integrem as particularidades clínicas do HIV com as dimensões psicossociais do parto; equilibrem os protocolos de prevenção da transmissão vertical com as preferências individuais, o que pode ser atingido com o plano de parto adotado como diretiva institucional e não apenas uma escolha das PWLWHIV, e, superem a dicotomia simplista entre via de parto e satisfação materna.

Como demonstrado, a qualidade da experiência não se resume à via de nascimento, mas à capacidade dos serviços de saúde em conciliar: a excelência técnica no manejo obstétrico e da infecção por HIV, a sensibilidade cultural para acolher as singularidades desta população e a flexibilidade organizacional para adaptar-se às necessidades específicas

Deve-se estimular a realização de programas envolvendo suporte de pares às PWLWHIV, pois foi demonstrado que o suporte de pares melhora a adesão à TARV. Isso é particularmente importante durante o período pré-natal e pós-parto, onde geralmente há um declínio no envolvimento das PWLWHIV com o tratamento (431,432). No geral, o suporte de pares é um complemento valioso para os profissionais de saúde, oferecendo uma abordagem multidimensional para melhorar os resultados para as PWLWHIV e seus bebês.

Devem ser incentivados programas que enfatizam o cuidado psicossocial e incorporam estratégias para otimizar o bem-estar e a satisfação com o parto, como uma abordagem multidisciplinar treinada para evitar o estigma e promover um

processo de tomada de decisão (433). Para abordar esses desafios de forma eficaz, as estratégias devem adotar uma abordagem mais ampla e estrutural que inclua não apenas as mulheres, mas também seus parceiros, familiares e comunidade.

Deve-se realizar novos estudos principalmente em populações sem acesso onde provavelmente o percentual de carga viral, tabagismo e etilismo serão maiores são necessários, possibilitando analisar estas variáveis no impacto à satisfação das PWLWHIV. Também deve-se em estudos futuros incluir instrumentos específicos para avaliar o tipo e a qualidade do suporte oferecido, bem como explorar a percepção dos acompanhantes sobre seu papel no processo do parto.

No que concerne às implicações para a prática clínica, os resultados apontam para a necessidade de modelos assistenciais que integrem as particularidades do manejo do HIV com os princípios de humanização do parto. Isso inclui: (1) protocolos de analgesia adaptados às interações medicamentosas com a TARV; (2) sistemas de comunicação clara sobre a saúde fetal que minimizem ansiedades; e (3) estratégias específicas para enfrentamento do estigma institucional. Como sugerido pela Organização Mundial da Saúde (128), tais abordagens devem ser implementadas através de ações intersetoriais que envolvam desde a formação profissional até a reorganização dos fluxos assistenciais, garantindo que as necessidades específicas desta população sejam adequadamente atendidas.

As limitações metodológicas identificadas no presente estudo - particularmente a falta de estratificação por tipo de cesárea e a ausência de dados sobre a saúde mental das PWLWHIV- sugerem caminhos importantes para pesquisas futuras. Estudos longitudinais multicêntricos que acompanhem as PWLWHIV desde o pré-natal até o puerpério tardio são necessários para compreender os impactos duradouros das experiências de parto. Igualmente relevante seria o desenvolvimento e validação de instrumentos específicos para avaliação da satisfação em PWLWHIV, incorporando dimensões como o medo da transmissão vertical, o estigma e a qualidade do aconselhamento sobre alternativas de alimentação infantil, aspectos negligenciados pelas escalas convencionais mas cruciais para esta população. Dessa forma, seria permitido uma análise mais abrangente da satisfação materna em populações que não amamentam.

Futuros estudos com delineamento prospectivo e acompanhamento pós-parto são necessários para preencher essa lacuna e gerar evidências sobre os efeitos duradouros das práticas assistenciais durante a gestação e o parto.

No campo das políticas públicas, os achados reforçam a urgência de estratégias que: (1) priorizem a prevenção absoluta de complicações neonatais; (2) garantam acesso universal a métodos eficazes de controle da dor; e (3) promovam o respeito aos direitos humanos básicos das PWLWHIV pelos profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de políticas públicas e práticas clínicas que priorizem a humanização do parto, independentemente da via de nascimento. A promoção do parto vaginal seguro, quando clinicamente indicado, deve ser acompanhada de estratégias para reduzir cesáreas desnecessárias, que frequentemente resultam em menor satisfação materna e maiores riscos à saúde (119). Deve-se estimular os programas de educação continuada para os profissionais de saúde, como os propostos pela Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAC), para contribuir para mudanças positivas nesse cenário .

Do ponto de vista ético, os resultados destacam a importância de se garantir que as PWLWHIV tenham autonomia real nas decisões sobre seu parto, livre de coerções diretas ou indiretas relacionadas ao seu status sorológico. Como discutido por Smith et al. (434), o princípio da autonomia assume contornos particulares nesta população, frequentemente submetida a protocolos rígidos e intervenções excessivas justificadas pela prevenção da transmissão vertical. O desafio, portanto, reside em conciliar a segurança clínica com o respeito às escolhas informadas, um equilíbrio que exige não apenas mudanças nas práticas profissionais, mas também transformações estruturais nos sistemas de saúde.

Este estudo contribui para o debate sobre humanização do parto ao demonstrar que, para PWLWHIV, uma experiência positiva de nascimento requer não apenas competência técnica, mas principalmente a construção de vínculos de confiança que respeitem sua autonomia e dignidade em um momento tão singular da vida. A concretização deste ideal exige ação coordenada entre gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil, transformando evidências em políticas públicas efetivas que garantam direitos e promovam saúde de forma integral e equânime.

O plano de parto, tradicionalmente entendido como um instrumento facultativo, deve ser reconfigurado como uma diretiva institucional essencial no cuidado

obstétrico, especialmente no contexto de populações vulneráveis como PWLWHIV. Com base em uma amostra de 82 participantes, observou-se que 97.6% relataram que o plano de parto foi importante para compreender o processo de parto, fazer escolhas conscientes e vivenciar a experiência de forma mais positiva. Esses dados apontam para a relevância do plano de parto como ferramenta estruturante na construção da autonomia reprodutiva e no fortalecimento da tomada de decisão compartilhada.

A elaboração e a utilização do plano de parto contribuem significativamente para o aumento da satisfação materna, a redução de sintomas depressivos no pós-parto e a melhoria na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. No caso das PWLWHIV, que enfrentam barreiras adicionais como o estigma, o medo da transmissão vertical e as decisões clínicas complexas sobre via de parto e amamentação, o plano de parto atua não apenas como um documento técnico, mas como um espaço de humanização, escuta e reconhecimento de direitos.

A alta correlação entre as expectativas maternas e a experiência positiva do parto, com coeficientes de Spearman superiores a 0.99 entre os itens da Escala MCSRS, sugere que o planejamento prévio, estruturado e validado com a equipe, gera coerência cognitiva e emocional entre o desejado e o vivenciado. Essa coesão entre expectativa e experiência representa, do ponto de vista teórico, um marcador de empoderamento. Do ponto de vista clínico, representa a efetividade de políticas que consideram o parto como um evento não apenas fisiológico, mas também relacional, simbólico e político.

Diante desses achados, propõe-se que o plano de parto seja formalmente incorporado aos protocolos de atenção obstétrica como planejamento de saúde antecipado ou diretiva antecipada de saúde obrigatória, com sua elaboração iniciada idealmente a partir da 28ª semana gestacional e revisada ao longo das consultas pré-natais. Essa incorporação deve ser acompanhada de treinamento multiprofissional contínuo, assegurando a escuta ativa e a capacidade de manejar adaptações clínicas sem comprometer os princípios do cuidado centrado na mulher. A equipe assistencial deve ser capacitada não apenas tecnicamente, mas também eticamente, para compreender o plano de parto como um instrumento de justiça reprodutiva, sobretudo em contextos marcados por desigualdades estruturais.

Além disso, propõe-se que as instituições estabeleçam indicadores formais de

monitoramento da aplicação e cumprimento dos planos de parto. Indicadores de processo, como a proporção de parturientes com plano de parto documentado, devem ser acompanhados por indicadores de resultado, como escores de satisfação materna e taxa de intervenções obstétricas alinhadas às preferências declaradas. Essa estratégia permitirá não apenas avaliar a efetividade da diretiva, mas também retroalimentar o sistema com dados para melhoria contínua.

No caso específico de PWLWHIV, recomenda-se que o plano de parto inclua campos específicos para abordar questões como o uso da terapia antirretroviral intraparto, a escolha pela não amamentação e o desejo de presença de acompanhante no centro obstétrico, respeitando os protocolos clínicos atualizados e o direito ao sigilo. A adaptação do plano para essa população deve integrar a expertise da infectologia perinatal, garantindo que os desejos da mulher estejam sempre em consonância com as evidências científicas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Em termos de regulação e política pública, é oportuno que o plano de parto seja reconhecido como extensão dos direitos sexuais e reprodutivos garantidos pela Constituição Federal e por tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil. Seu não oferecimento configura omissão institucional, e seu não cumprimento injustificado representa violação da autonomia da paciente. Assim, sua incorporação deve ser acompanhada de normativas claras, baseadas em evidências e alinhadas às diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre atenção obstétrica humanizada.

Portanto, à luz dos resultados obtidos e da literatura científica, conclui-se que a implementação do plano de parto como diretiva institucional é uma medida estratégica para aumentar a qualidade do cuidado obstétrico, reduzir desigualdades e promover a experiência positiva de parto — um direito de todas as mulheres.

8.REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-pregnant-women-living-with-hiv-needing-antiretrovirals-for-preventing-mother-to-child-transmission> Acessado em 20-05-2025. 2024. HIV- Prevention of mother-to-child transmission.
2. Eke AC, Mirochnick M, Lockman S. Antiretroviral Therapy and Adverse Pregnancy Outcomes in People Living with HIV. *New England Journal of Medicine*. 26 de janeiro de 2023;388(4):344–56.
3. Wu S, Wang J, Guo Q, Lan H, Sun Y, Ren M, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, syphilis, and hepatitis B and C virus infections in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection*. agosto de 2023;29(8):1000–7.
4. Ramjee G, Dassaye R, Reddy T, Wand H. Targeted Pregnancy and Human Immunodeficiency Virus Prevention Risk-Reduction Counseling for Young Women: Lessons Learned from Biomedical Prevention Trials. *J Infect Dis*. 20 de outubro de 2018;218(11):1759–66.
5. Machekano R, Tiam A, Kassaye S, Tukei V, Gill M, Mohai F, et al. HIV incidence among pregnant and postpartum women in a high prevalence setting. *PLoS One*. 28 de dezembro de 2018;13(12):e0209782.
6. Anteneh DE, Taye EB, Seyoum AT, Abuhay AE, cherkose EA. Seroprevalence of HIV, HBV, and syphilis co-infections and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Amhara regional state, northern Ethiopia: A hospital-based cross-sectional study. *PLoS One*. 8 de agosto de 2024;19(8):e0308634.
7. Benhammou V, Tubiana R, Matheron S, Sellier P, Mandelbrot L, Chenadec J Le, et al. HBV or HCV Coinfection in HIV-1-Infected Pregnant Women in France: Prevalence and Pregnancy Outcomes. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 15 de abril de 2018;77(5):439–50.
8. Frempong MT, Ntiamoah P, Annani-Akollor ME, Owiredu WKBA, Addai-Mensah O, Owiredu EW, et al. Hepatitis B and C infections in HIV-1 and non-HIV infected pregnant women in the Brong-Ahafo Region, Ghana. *PLoS One*. 19 de julho de 2019;14(7):e0219922.
9. Kufa T, Woldesenbet S, Cheyip M, Ayalew K, Kularatne R, Manda S, et al. Syphilis screening coverage and positivity by HIV treatment status among South African pregnant women enrolled in the 2019 antenatal HIV sentinel survey. *Sci Rep*. 1º de abril de 2023;13(1):5322.
10. Ashinze P, Owoicho AI, Olanite M. Partial waivers: PEPFAR's 2025 funding suspension and the looming HIV/AIDS catastrophe in Sub-Saharan Africa. *Retrovirology*. 31 de março de 2025;22(1):5.
11. UNAIDS. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2025/march/20250328_sitrep. Acesso em: 22 maio 2025. 2025. UNAIDS Situation Report- March 2025.
12. UNAIDS. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. UNAIDS. Fact Sheet – Global HIV & AIDS statistics 2024.
13. UNAIDS. . Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Fact Sheet – Global HIV & AIDS statistics 2024.
14. Available: <https://unaids.org.br/> Acessado em 20 de maio de 2023 [Internet]. 2023 [citado 19 de maio de 2023]. UNAIDS Brasil - Website institucional do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. Disponível em: <https://unaids.org.br/>
15. UNAIDS. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-AIDS-Targets_en.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2025. 2025 AIDS Targets.

16. Woldesenbet S, Cheyip M, Lombard C, Manda S, Ayalew K, Kufa T, et al. Progress towards the UNAIDS 95-95-95 targets among pregnant women in South Africa: Results from the 2017 and 2019 national Antenatal HIV Sentinel Surveys. PLoS One. 21 de julho de 2022;17(7):e0271564.
17. NIH. Disponível em: <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/preventing-perinatal-transmission-hiv>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Preventing Perinatal Transmission of HIV.
18. Available: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confrontingdiscrimination_en.pdf. Acessado em 3 de setembro de 2023 [Internet]. 2017. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond.
19. Mak WWS, Mo PKH, Ma GYK, Lam MYY. Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. Soc Sci Med. setembro de 2017;188:30–40.
20. Bittencourt AL. Vertical transmission of HTLV-I/II: A review. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 1998;40(4):245–51.
21. Farham B. Eliminating HIV vertical transmission - a long road ahead. S Afr Med J [Internet]. 2022 [citado 12 de maio de 2023];112(11):837. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36420727/>
22. Feitoza HAC, Koifman RJ, Saraceni V. Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil. Cad Saude Publica. 2021;37(3).
23. Rincón Franco S, Uriel M, Rodríguez LM, Romero Infante XC. Preventive measures to avoid vertical transmission in untreated pregnant women with HIV/AIDS. BMJ Case Rep. 25 de março de 2020;13(3).
24. UNAIDS JUNP on H. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update>. Acesso em: 22 maio 2025. 2023. Global AIDS Update 2023: The Path that Ends AIDS. .
25. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.Cat.
26. World Health Organization. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360348/9789240053779-eng.pdf?sequence=1>. Acessado em 20 de maio de 2025. 2022. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022- 2030.
27. AMFAR ORG. Statistics: women and HIV/AIDS: the foundation for AIDS research: HIV / AIDS research. [cited 2018 Aug 17]. Available from: <http://www.amfar.org/about-hiv-and-aids/facts-and-stats/statistics--women-and-hiv-aids/>.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva: WHO 2024. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-pregnant-women-living-with-hiv-needing-antiretrovirals-for-preventing-mother-to-child-transmission>. Acesso em: 22 maio 2025. Estimated number of pregnant women living with HIV needing antiretrovirals for preventing mother-to-child transmission.
29. PANEL ON TREATMENT OF HIV DURING PREGNANCY AND PREVENTION OF PERINATAL TRANSMISSION. NIH. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. .
30. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Global AIDS Update 2024: The urgency of now. .
31. University of Washington. Disponível em: <https://www.hiv.uw.edu/go/prevention/preventing-perinatal-transmission/core->

- concept/all. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Preventing Perinatal HIV Transmission: Core Concepts.
32. Morgenstern C, Laydon DJ, Whittaker C, Mishra S, Haw D, Bhatt S, et al. The interaction of disease transmission, mortality, and economic output over the first 2 years of the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 13 de junho de 2024;19(6):e0301785.
33. Turan JM, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: A review of the evidence. *AIDS Behav* [Internet]. 9 de setembro de 2013 [citado 4 de março de 2023];17(7):2528–39. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-013-0446-8>
34. Walters MK, Korenromp EL, Yakusik A, Wanyeki I, Kaboré A, Poimouribou A, et al. Guidance for triangulating data and estimates of HIV prevalence among pregnant women and coverage of PMTCT using the Spectrum AIDS Impact Module. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 27 de agosto de 2024;
35. Ministério da Saúde Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2024. .
36. Trindade L de NM, 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* [Internet]. 2021 [citado 12 de maio de 2023];74:e20190784–e20190784. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021001100203
37. Ministério da Saúde Brasil. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestante2.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025. 2015. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e outras IST em situações especiais. .
38. Peters H, Byrne L, De Ruiter A, Francis K, Harding K, Taylor GP, et al. Duration of ruptured membranes and mother-to-child HIV transmission: A prospective population-based surveillance study. *BJOG*. 1º de maio de 2016;123(6):975–81.
39. Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. *AIDS*. fevereiro de 2001;15(3):357–68.
40. BRASIL M da S. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2022. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. .
41. BRASIL. Ministério da Saúde. • BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertBrasília, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertic_alhivsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 22 maio 2025.. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – Manual de bolso.
42. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Mother-to-child transmission of HIV. .
43. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O’Sullivan MJ, et al. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *New England Journal of Medicine*. 3 de novembro de 1994;331(18):1173–80.
44. Gandhi RT, Bedimo R, Hoy JF, Landovitz RJ, Smith DM, Eaton EF, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2022 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA* [Internet]. 3 de janeiro de 2023 [citado 24 de maio de 2025];329(1):63–84. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2799240>
45. Montgomery KS. Childbirth Education for the HIV-Positive Woman. *J Perinat Educ*. 2003;12(4).
46. Cichowitz C, Watt MH, Mmbaga BT. Childbirth experiences of women living with HIV:

- A neglected event in the PMTCT care continuum HHS Public Access. AIDS [Internet]. 2018 [citado 3 de março de 2023];32(11):1537–9. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG>
47. Turan JM, Hatcher AH, Medema-Wijnveen J, Onono M, Miller S, Bukusi EA, et al. The Role of HIV-Related Stigma in Utilization of Skilled Childbirth Services in Rural Kenya: A Prospective Mixed-Methods Study. PLoS Med. agosto de 2012;9(8).
48. Medema-Wijnveen JS, Onono M, Bukusi EA, Miller S, Cohen CR, Turan JM. How Perceptions of HIV-Related Stigma Affect Decision-Making Regarding Childbirth in Rural Kenya. PLoS One. 12 de dezembro de 2012;7(12).
49. Medema-Wijnveen JS, Onono M, Bukusi EA, Miller S, Cohen CR, Turan JM. How Perceptions of HIV-Related Stigma Affect Decision-Making Regarding Childbirth in Rural Kenya. PLoS One. 12 de dezembro de 2012;7(12).
50. Maria Quitéria Batista Meirelles, Ana Karla Bezerra Lopes Kenio Costa Lima. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. Rev Panam Salud Publica . 2016;40(6):427–34.
51. Chiappini E, Galli L, Lisi C, Gabiano C, Esposito S, Giacomet V, et al. Strategies for prevention of mother-to-child transmission adopted in the “real-world” setting: Data from the Italian register for HIV-1 infection in children. J Acquir Immune Defic Syndr (1988) [Internet]. 1º de setembro de 2018 [citado 26 de fevereiro de 2023];79(1):54–61. Disponível em: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2018/09010/Strategies_for_Prevention_of_Mother_to_Child.28.aspx
52. Gumede-Moyo S, Filteau S, Munthali T, Todd J, Musonda P. Implementation effectiveness of revised (post-2010) World Health Organization guidelines on prevention of mother-to-child transmission of HIV using routinely collected data in sub-Saharan Africa. Medicine. outubro de 2017;96(40):e8055.
53. Available: <https://www.mendeley.com/reference-manager/reader/b9539018-c901-37d2-9505-5653cc8ac7b5/335317c0-5fa6-2131-3278-02c02b3b08b8>, Acessado em 20 de maio de 2023. [Internet]. 2022. How UNAIDS data guides the world to end AIDS.
54. Briand N, Jasseron C, Sibiude J, Azria E, Pollet J, Hammou Y, et al. Cesarean section for HIV-infected women in the combination antiretroviral therapies era, 2000–2010. Am J Obstet Gynecol. outubro de 2013;209(4):335.e1-335.e12.
55. Kennedy CE, Yeh PT, Pandey S, Betran AP, Narasimhan M. Elective cesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. 2017;
56. Ribeiro-Fernandes C. Aspectos bioéticos na prevenção da transmissão vertical e manejo do tratamento com antirretrovirais em gestantes portadoras de HIV/AIDS no Brasil. Residência Pediátrica [Internet]. 2021 [citado 12 de maio de 2023];11(2):1–5. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/923/aspectos%20bioeticos%20na%20prevencao%20da%20transmissao%20vertical%20e%20manejo%20do%20tratamento%20com%20antirretrovirais%20em%20gestantes%20portadoras%20de%20hiv-aids%20no%20brasil>
57. Ministério da Saúde Brasil. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/crt/notas/sei_ms-0039480977-notatecnica78-2024orientacoesparaprofissionaisdesaudecomrelacaoaabordagemderecem-nascidosdegestantespuerperasvivendocomhivaids.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Nota Técnica nº 78/2024-CGAHV/DATHI/SVSA/MS: Orientações para profissionais de saúde com relação à abordagem de recém-nascidos de gestantes/puerperas vivendo com HIV/AIDS. .
58. ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: UMA AGENDA PARA O SÉCULO 21 Parceria Unicef-ReHuNa [Internet]. Disponível em: www.unicef.org.br
59. Saúde M DA. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES

- VIRAIS [Internet]. 2015 [citado 8 de dezembro de 2022]. Disponível em: www.aids.gov.br
60. Sebitloane HM, Moodley D. The impact of highly active antiretroviral therapy on obstetric conditions: A review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. março de 2017;210:126–31.
61. Moodley T, Moodley D, Sebitloane M, Maharaj N, Sartorius B. Improved pregnancy outcomes with increasing antiretroviral coverage in South Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 de dezembro de 2016;16(1):35.
62. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Maternal mortality.
63. Chilaka VN, Konje JC. HIV in pregnancy – An update. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. janeiro de 2021;256:484–91.
64. Liotta G, Mancinelli S, Nielsen-Saines K, Gennaro E, Scarcella P, Magid NA, et al. Reduction of Maternal Mortality with Highly Active Antiretroviral Therapy in a Large Cohort of HIV-Infected Pregnant Women in Malawi and Mozambique. *PLoS One*. 19 de agosto de 2013;8(8):e71653.
65. Benamor Teixeira M de L, Fuller TL, Fragoso Da Silveira Gouvêa MI, Santos Cruz ML, Ceci L, Pinheiro Lattanzi F, et al. Efficacy of Three Antiretroviral Regimens Initiated during Pregnancy: Clinical Experience in Rio de Janeiro. *Antimicrob Agents Chemother*. 17 de novembro de 2020;64(12).
66. Lockman S, Brummel SS, Ziemba L, Stranix-Chibanda L, McCarthy K, Coletti A, et al. Efficacy and safety of dolutegravir with emtricitabine and tenofovir alafenamide fumarate or tenofovir disoproxil fumarate, and efavirenz, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate HIV antiretroviral therapy regimens started in pregnancy (IMPAACT 2010/VESTED): a multicentre, open-label, randomised, controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 3 de abril de 2021;397(10281):1276–92.
67. Saag MS, Gandhi RT, Hoy JF, Landovitz RJ, Thompson MA, Sax PE, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2020 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 27 de outubro de 2020;324(16):1651–69.
68. Watts DH, Williams PL, Kacaneck D, Griner R, Rich K, Hazra R, et al. Combination Antiretroviral Use and Preterm Birth. *Journal of Infectious Diseases*. 15 de fevereiro de 2013;207(4):612–21.
69. Bassichetto KC, Bergamaschi DP, Bonelli IC, Abbade JF. Gestantes vivendo com HIV/AIDS: características antropométricas e peso ao nascer dos seus recém-nascidos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. junho de 2013;35(6):268–73.
70. Faria GA, Guttmann P, Machado E, da Silva LHM, dos Santos LS, Hofer C. GESTANTES VIVENDO COM O HIV - O CUIDADO PRÉ-NATAL COMO UMA BOA OPORTUNIDADE PARA SAÚDE REPRODUTIVA FEMININA. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* [Internet]. 1º de novembro de 2024 [citado 24 de maio de 2025];28:104413. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413867024006962>
71. Poliektove NE, Badell ML. Antiretroviral Options and Treatment Decisions During Pregnancy. *Pediatric Drugs*. 2 de maio de 2023;25(3):267–82.
72. Fowler MG, Qin M, Fiscus SA, Currier JS, Flynn PM, Chipato T, et al. Benefits and Risks of Antiretroviral Therapy for Perinatal HIV Prevention. *New England Journal of Medicine*. 3 de novembro de 2016;375(18):1726–37.
73. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-pregnant-women-living-with-hiv-needing-antiretrovirals-for-preventing-mother-to-child-transmission>. Acesso em: 22 maio 2025. 2024. Estimated number of pregnant women living with HIV needing antiretrovirals for preventing mother-to-child transmission. .

74. Ministério da Saúde Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/protocoloclinico,diretrizes terapeuticas,manejo da infeccao pelo hiv em criancas-e-adolescentes-modulo1>. Acesso em: 22-05- 2025. 2023. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes – Módulo 1: Diagnóstico, Manejo e Acompanhamento de Crianças Expostas ao HIV.
75. Ministério da Saúde Brasil. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertic alhivsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2010. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – Manual de bolso. .
76. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência TI e IE em SaúdeS de V em SaúdeBM da S 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. .
77. Portwood C, Sexton H, Kumarendran M, Brandon Z, Johnson B, Kirtley S, et al. Perinatal outcomes associated with combination antiretroviral therapy compared with monotherapy. *AIDS*. 1º de março de 2023;37(3):489–501.
78. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 22 maio 2025. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019. .
79. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR de. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm*. abril de 2013;66(2):271–7.
80. Vasconcelos CS da S, Pereira RJ, Santos AFB da S, Gratão LHA. Prevention measures for vertical HIV transmission: monitoring infected pregnant women and exposed children. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. março de 2021;21(1):207–15.
81. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Da Silveira MF, Tavares LDL, Da Silva LCF, et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(9):1–10.
82. Mrus JM, Tsevat J. Cost-effectiveness of interventions to reduce vertical HIV transmission from pregnant women who have not received prenatal care. *Med Decis Making* [Internet]. janeiro de 2004 [citado 12 de maio de 2023];24(1):30–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15005952/>
83. Mrus JM, Goldie SJ, Weinstein MC, Tsevat J. The cost-effectiveness of elective Cesarean delivery for HIV-infected women with detectable HIV RNA during pregnancy. *AIDS*. 2000;14(16):2543–52.
84. John GC, Kreiss J. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Epidemiol Rev*. 1996;18(2):149–57.
85. Ishikawa N, Newman L, Taylor M, Essajee S, Pendse R, Ghidinelli M. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba and Thailand. *Bull World Health Organ*. 1º de novembro de 2016;94(11):787-787A.
86. Bert F, Gualano MR, Biancone P, Brescia V, Camussi E, Martorana M, et al. HIV screening in pregnant women: A systematic review of cost-effectiveness studies. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 1º de janeiro de 2018 [citado 12 de maio de 2023];33(1):31–50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28556453/>
87. Brasil. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em 25 de abril de 2023. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988.
88. MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. Available in : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf.

- Acessado em 20 de maio de 2025. 2008. Manual de Adeão ao tratamento das pessoas vivendo com o HIV e AIDS.
89. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf [Internet]. Protocolo de Assistência Farmaceutica AIDS.
 90. Barbosa AC, Vieira C, Merçon PR, Ili V, Leonor E, Maciel N. Angélica Espinosa Miranda II. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2 de dezembro de 2022];45(4):644–51. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/./dados_epidemiol
 91. Fernando G, Pereira M, Sabidó M, Caruso A, Barbosa De Oliveira S, Mesquita F, et al. HIV Prevalence among Pregnant Women in Brazil: A National Survey Prevalência de HIV em grávidas brasileiras: pesquisa nacional. 2016 [citado 2 de dezembro de 2022]; Disponível em: <http://dx.doi.org/>
 92. Pereira G, Sabidó M, Caruso A, Oliveira S, Mesquita F, Benzaken A. HIV Prevalence among Pregnant Women in Brazil: A National Survey. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics [Internet]. 8 de setembro de 2016 [citado 2 de dezembro de 2022];38(08):391–8. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0036-1592102>
 93. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Borges Souza PR, Leal M do C. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: Data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. BMC Infect Dis. 26 de fevereiro de 2015;15(1).
 94. Miranda AE, Pinto VM, McFarland W, Page K. HIV infection among young pregnant women in Brazil: Prevalence and associated risk factors. AIDS Behav. 2014;18(SUPPL. 1).
 95. Cardoso AJC, Griep RH, de Carvalho HB, Barros A, da Silva SB, Remien RH. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. Rev Saude Publica [Internet]. 2007 [citado 14 de julho de 2023];41(SUPPL. 2):101–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Pnw5WSNMdGXrhLV6VLqrHZd/?lang=pt>
 96. Domingues RMSM, Quintana M de SB, Coelho LE, Friedman RK, Rabello ACV de A, Rocha V, et al. Pregnancy incidence, outcomes and associated factors in a cohort of women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil, 1996-2016. Cad Saude Publica. 2023;39(6).
 97. Domingues RMSM, da Silva CMFP, Grinsztejn BGJ, Moreira RI, Derrico M, Andrade AC, et al. Prevalence of induced abortion and associated factors in a cohort of women living with HIV/AIDS, Rio de Janeiro, Brazil, 1996-2016. Cad Saude Publica. 2020;36.
 98. BRASIL. Ministério da Saúde. Available: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025. 2023. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023.
 99. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH: Bethesda: NIH 2023. • NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in thDisponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal>. Acesso: 22-05-25. 2023. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. .
 100. Girometti N, Lander F, McOwan A, Nwokolo N, Boffito M, Whitlock G, et al. Rapid ART start in early HIV infection: Time to viral load suppression and retention in care in a London cohort. HIV Med. 1º de outubro de 2020;21(9):613–5.
 101. Siqithi S, Durojaiye OC, Adeniyi OV. Effects of the timing of maternal antiretroviral therapy initiation, CD4 count, and HIV viral load on birth outcomes in the Eastern Cape province of South Africa: A secondary data analysis. PLoS One. 6 de setembro de 2024;19(9):e0308374.
 102. Cardenas MC, Farnan S, Hamel BL, Mejia Plazas MC, Sintim-Aboagye E, Littlefield DR, et al. Prevention of the Vertical Transmission of HIV; A Recap of the Journey so Far. Viruses 2023, Vol 15, Page 849 [Internet]. 26 de março de 2023 [citado 19 de

- maio de 2023];15(4):849. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1999-4915/15/4/849/htm>
103. Departamento de HIV/Aids THV e ISTransmissíveisM da SBrasil. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025. 2023. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023. .
104. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports. 23 de julho de 2021;70(4):1–187.
105. Huang P, Yao J, Liu X, Luo B. Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial. *Medicine (United States)*. 1º de novembro de 2019;98(47).
106. Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Dunn DT, Lago TDG. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. *AIDS*. março de 1998;12(5):513–20.
107. Tan ML, Foong SC, Ho JJ, Foong WC, Mohd R, Harun Z. Postpartum women's perception of antenatal breastfeeding education: a descriptive survey. *Int Breastfeed J*. 1º de dezembro de 2020;15(1).
108. Saúde M DA. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV. 2015.
109. Ministério da Saúde Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/hiv/2020/guia_certificacao_etv.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2019. Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e/ou Sífilis: Documento Orientador. .
110. Matida LH, Santos NJS, Ramos AN, Gianna MC, da Silva MH, Domingues CSB, et al. Eliminating Vertical Transmission of HIV in São Paulo, Brazil: Progress and Challenges. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 15 de agosto de 2011;57(Supplement 3):S164–70.
111. <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf> [Internet]. Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública.
112. Campos Coelho AV, Campos Coelho HF, Arraes LC, Crovella S. HIV-1 mother-to-child transmission in Brazil (1994–2016): a time series modeling. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. julho de 2019;23(4):218–23.
113. Nesheim S, Taylor A, Lampe MA, Kilmarx PH, Fitz Harris L, Whitmore S, et al. A Framework for Elimination of Perinatal Transmission of HIV in the United States. *Pediatrics*. 1º de outubro de 2012;130(4):738–44.
114. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [citado 22 de maio de 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view
115. Estigma e discriminação: estudo revela impacto em pessoas com HIV e AIDS no Brasil - PUCRS - Portal [Internet]. [citado 22 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.pucrs.br/blog/estigma-e-discriminacao-estudo-revela-impacto-em-pessoas-com-hiv-e-aids-no-brasil/>
116. Gonçalves R, Ca A, Mab M, Mcp J. Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [citado 2 de dezembro de 2022];45(1):61–9. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/
117. Sales J de L, Quitete JB, Knupp VM de AO, Martins MAR. Childbirth care in a Rio de Janeiro coastal lowlands hospital: challenges for respectful birth / Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do Rio de Janeiro: desafios para um parto respeitoso. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 10 de janeiro de 2020 [citado 2 de dezembro de

- 2022];12:108–14. Disponível em:
<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7092>
118. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1º de janeiro de 2008;37(1):24–34.
119. World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>. Acessado em 20 de março de 2023. 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.
120. Executiva S. Available: <https://www.mendeley.com/reference-manager/reader/e96b9a73-45a1-3b6a-9ea4-81f8c20ef21e/4eaf4163-17bf-029d-1cc3-b3cd4dda555c> acessado em 20 de maio de 2023. 2002. Humanização do Parto: Ministério da Saúde.
121. McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth*. 1º de setembro de 2021;34(5):407–16.
122. Khalife-Ghaderi F, Amiri-Farahani L, Haghani S, Hasanpoor-Azghady SB. Examining the experience of childbirth and its predictors among women who have recently given birth. *Nurs Open*. 1º de janeiro de 2021;8(1):63–71.
123. Velho MB, Kotzias E, Santos A dos, Brüggemann OM, Camargo BV. VIVÊNCIA DO PARTO NORMAL OU CESÁREO: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES 1. 2012;21(2):458–66.
124. Pierre F. [Woman's information and consent in obstetrics: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 1º de dezembro de 2018 [citado 4 de janeiro de 2024];46(12):986–93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30385356/>
125. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
126. WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
127. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>. Acesso em: 22 maio 2025. 2020. WHO Labour Care Guide: user's manual. .
128. World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acessado em 16 março de 2023. 2018. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.
129. Cooke HM, Waters DL, Dyer K, Lawler J, Picone D. Development of a best practice model of midwifery-led antenatal care. *Australian Midwifery*. junho de 2004;17(2):21–5.
130. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/ [Internet]. World Health Organization . Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2016.
131. Singh M, Baruh S, Saxena P. Impact of respectful maternal care training of health care providers on satisfaction with birth experience in mothers undergoing normal vaginal birth: A prospective interventional study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 22 de fevereiro de 2025;168(2):673–9.
132. World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2012. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. .
133. Orenga-Orenga BJ, Gregori-Roig P, Real-Fernández A, Donat-Colomer F, Sánchez-Thevenet P. Umbilical cord clamping time and maternal satisfaction. *Midwifery*. 1º de dezembro de 2022;115.
134. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for

- women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 6 de julho de 2017;2017(8).
135. HOFMEYER GJ; MNT; GAM. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25631379/>. Acesso em: 22 maio 2025. 2015. . Controlled cord traction for the third stage of labour.
 136. WHO Labour Care Guide User's Manual.
 137. Patabendige M, Senanayake H. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 4 de fevereiro de 2015 [citado 3 de março de 2023];15(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25648543/>
 138. Silva CM da, Alves R de S, Santos TS Dos, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP Dos. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 1º de novembro de 2024];71:568–76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ztwvxH8Q5FBpqnQW6V6PCCH/?lang=en>
 139. Atowaju I, Dawer P, Asrani M, Panjiyar B. Impact of maternal <sc>HIV</sc> infection on perinatal outcomes: A systematic review. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 4 de julho de 2024;166(1):35–43.
 140. Tukei VJ, Hoffman HJ, Greenberg L, Thabelo R, Nchephe M, Mots'oane T, et al. Adverse Pregnancy Outcomes Among HIV-positive Women in the Era of Universal Antiretroviral Therapy Remain Elevated Compared With HIV-negative Women. Pediatric Infectious Disease Journal. 7 de setembro de 2021;40(9):821–6.
 141. Zaba B, Calvert C, Marston M, Isingo R, Nakiyingi-Miiró J, Lutalo T, et al. Effect of HIV infection on pregnancy-related mortality in sub-Saharan Africa: secondary analyses of pooled community-based data from the network for Analysing Longitudinal Population-based HIV/AIDS data on Africa (ALPHA). The Lancet. maio de 2013;381(9879):1763–71.
 142. Arab K, Spence AR, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Pregnancy outcomes in HIV-positive women: a retrospective cohort study. Arch Gynecol Obstet. 17 de março de 2017;295(3):599–606.
 143. Taylor SA, Sharma S, Remmel CAL, Holder B, Jones CE, Marchant A, et al. HIV-Associated Alterations of the Biophysical Features of Maternal Antibodies Correlate With Their Reduced Transfer Across the Placenta. J Infect Dis. 17 de outubro de 2022;226(8):1441–50.
 144. Maswime , Salome, Pule , Caroline, Mtshali , Zama, Chawana , Richard, Matjila M. HIV, Placental Lesions, and Adverse Perinatal Outcomes. J Infect Dis. 8 de dezembro de 2021;224(Supplement_6):S691–3.
 145. Madiba S. When Pregnancy Coincides with Positive Diagnosis of HIV: Accounts of the Process of Acceptance of Self and Motherhood among Women in South Africa. Int J Environ Res Public Health. 9 de dezembro de 2021;18(24):13006.
 146. Pereira De Souza FL, Clark LM, Dutra B, Lelis B, Isicawa De Sousa Dusso M, Leite AM. Sentimentos e significados: hiv na impossibilidade de amamentar. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2 de outubro de 2019 [citado 1º de novembro de 2024];13(0). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/241854>
 147. Spindola T, Dantas KT de B, Cadavez NFV, da Fonte VRF, de Oliveira DC. Maternity perception by pregnant women living with HIV. Invest Educ Enferm. 2015;33(3):440–8.
 148. Anderson BL, Cu-Uvin S. Pregnancy and Optimal Care of HIV-Infected Patients. Clinical Infectious Diseases. 15 de fevereiro de 2009;48(4):449–55.
 149. Loh M, Thoon KC, Mathur M, Kathirvel R. Management of HIV-positive pregnant women: A Singapore experience. Singapore Med J. 1º de novembro de 2021;62(11):599–603.
 150. Nornberg PK de OMSPGGC Calcagno. Human immunodeficiency syndrome in children: repercussions for the family. Rev enferm UFPE on line ; 13(1). 2019;15–22.

151. Silva CB da, Motta M da GC da, Bellenzani R. Experience of pregnancy and maternity by adolescents/young people born infected with HIV. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 4).
152. Hernandez CP, Da Rocha RK, Hausmann A, Appelt JB, Marques C de M. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *Journal of Health & Biological Sciences.* 28 de dezembro de 2018;7(1(Jan-Mar)):32–40.
153. American College of Obstetricians and Gynecologists. Labor and delivery management of women with human immunodeficiency virus infection. *Obstet Gynecol.* 2018;132:131–7.
154. Brasil M da S. • BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2020. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. .
155. Machado ES, Hofer CB, Costa TT, Nogueira SA, Oliveira RH, Abreu TF, et al. Pregnancy outcome in women infected with HIV-1 receiving combination antiretroviral therapy before versus after conception. *Sex Transm Infect.* 12 de novembro de 2008;85(2):82–7.
156. Ministério da Saúde Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 maio 2025. 2022. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. .
157. Cunha IVA, Bittencourt B, Rosa CMA da, Iser BPM, Parma GOC, Schuelter-Trevisol F. Tendência temporal e distribuição espacial dos casos de transmissão vertical do HIV em Santa Catarina, 2007-2017: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2022;31(2).
158. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery.* 1º de agosto de 2019;75:146–51.
159. Cichowitz C, Watt MH, Mmbaga BT. Childbirth experiences of women living with HIV: A neglected event in the prevention of mother-to-child transmission care continuum. *AIDS.* 17 de julho de 2018;32(11):1537–9.
160. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. 2018 [citado 2 de dezembro de 2022]; Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000714>
161. Nunes R. Brasília; Conselho Federal de Medicina; 2017. 206 p. 2017 [citado 9 de dezembro de 2022]. p. 1–206 ENSAIOS EM BIOÉTICA - Ética Médica e Bioética. Disponível em: <https://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index6/?numero=18&edicao=3980>
162. Divall B, Spiby H, Nolan M, Slade P. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery.* novembro de 2017;54:29–34.
163. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health.* setembro de 2003;48(5):322–8.
164. Zhang X, Lu H. Childbirth expectations and correlates at the final stage of pregnancy in Chinese expectant parents. *Int J Nurs Sci.* 2014;1(2):151–6.
165. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health.* 17 de setembro de 2015;135(5):243–50.
166. Mukamurigo J, Berg M, Nyirazinyoye L, Bogren M, Dencker A. Women's childbirth experience emphasizing own capacity and safety: A cross-sectional Rwandan study. *Women and Birth.* 1º de março de 2021;34(2):e146–52.

167. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* [Internet]. 1º de março de 2003 [citado 24 de fevereiro de 2023];30(1):36–46. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
168. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2008;37(1):24–34.
169. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafranz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health* [Internet]. 2 de maio de 2018 [citado 11 de março de 2023];15(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29720201/>
170. Curtin M, Savage E, Leahy-Warren P. Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J Clin Nurs*. maio de 2020;29(9–10):1744–57.
171. Redshaw MK. National Survey of Women's Experience of Maternity Care. <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/reports/Maternity-Survey-Report-2010.pdf>.
172. Jenkins MG, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. Women's expectations and experiences of maternity care in NSW – What women highlight as most important. *Women and Birth*. setembro de 2014;27(3):214–9.
173. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery*. 1º de dezembro de 2017;55:103–12.
174. Lopes F, Nakamura MU, Nomura RMY. Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth*. 1º de junho de 2021;48(2):251–6.
175. Lopes F, Carvas Júnior N, Nakamura MU, Nomura RMY. Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 27 de junho de 2019 [citado 9 de dezembro de 2022];41(06):371–8. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0039-1692125>
176. Lopes F, Júnior NC, Nakamura MU, Nomura RMY. Psychometric properties of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 2021;34(13):2173–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1660763>
177. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 1º de fevereiro de 2013;16(1):1–10.
178. do Souto SPA, Prata AP, de Albuquerque RS, Almeida S. Prevalence and predictive factors for fear of childbirth in pregnant Portuguese women: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 1º de março de 2022;31:100687.
179. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG*. março de 2002;109(3):254–60.
180. Mordal E, Hanssen I, Kassa A, Vatne S. Mothers' Experiences and Perceptions of Facility-based Delivery Care in Rural Ethiopia. *Health Serv Insights*. 2021;14.
181. Mukamurigo J, Dencker A, Nyirazinyoye L, Ntaganira J, Berg M. Quality of intrapartum care for healthy women with spontaneous onset of labour in Rwanda: A health facility-based, cross-sectional study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 1º de março de 2019;19:78–83.
182. Greene S, Ion A, Kwaramba G, Smith S, Loutfy MR. "Why are you pregnant? What were you thinking?": How women navigate experiences of HIV-related stigma in medical settings during pregnancy and birth. *Soc Work Health Care* [Internet]. 7 de fevereiro de 2016 [citado 3 de março de 2023];55(2):161–79. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26684355/>

183. Geldsetzer P, Yapa HMN, Vaikath M, Ogbuaji O, Fox MP, Essajee SM, et al. A systematic review of interventions to improve postpartum retention of women in PMTCT and ART care. *J Int AIDS Soc.* 25 de abril de 2016;19(1).
184. Cichowitz C, Watt MH, Mmbaga BT. Childbirth experiences of women living with HIV: A neglected event in the PMTCT care continuum HHS Public Access. *AIDS* [Internet]. 2018;32(11):1537–9. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG>
185. Bellotto PCB, Lopez LC, Piccinini CA, Gonçalves TR. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2019;23.
186. de Azevedo AP, de Rezende Filho JF, Hofer CB, Rego F. The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review. *Children.* 18 de junho de 2024;11(6):743.
187. Fortin-Hughes M, Proulx-Boucher K, Rodrigue C, Otis J, Kaida A, Boucoiran I, et al. Previous experiences of pregnancy and early motherhood among women living with HIV: a latent class analysis. *AIDS Care* [Internet]. 2 de novembro de 2019 [citado 3 de março de 2023];31(11):1427–34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30822106/>
188. Qin S, Tan Y, Lu B, Cheng Y, Nong Y. Survey and analysis for impact factors of psychological distress in HIV-infected pregnant women who continue pregnancy. <https://doi.org/10.1080/1476705820181459550> [Internet]. 2 de outubro de 2018 [citado 17 de fevereiro de 2023];32(19):3160–7. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2018.1459550>
189. Clouse K, Motlathledi M, Bonnet K, Schlundt D, Aronoff DM, Chakkalakal R, et al. “I just wish that everything is in one place”: Facilitators and barriers to continuity of care among HIV-positive, postpartum women with a non-communicable disease in South Africa HHS Public Access. *AIDS Care.* 2018;30(SUP2):5–10.
190. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and Abuse During Childbirth in Tanzania: Are Women Living With HIV More Vulnerable? 2014 [citado 3 de março de 2023]; Disponível em: www.jaids.com
191. Muzyamba C, Groot W, Tomini SM, Pavlova M. The usefulness of traditional birth attendants to women living with HIV in resource-poor settings: the case of Mfuwe, Zambia. *Trop Med Health.* 13 de dezembro de 2017;45(1):37.
192. Hoffman RM, Phiri K, Parent J, Grotts J, Elashoff D, Kawale P, et al. Factors associated with retention in Option B+ in Malawi: A case control study. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1).
193. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.
194. DRE. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943> . Acessado em 18 de abril 2023. 2014. Lei Portuguesa numero 15/2014.
195. DRE. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>. Acesso em 18 de março de 2023. 2019. Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro.
196. Brasil. Available on https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Accessed on august 28, 2024. 2005. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.LEI DO ACOMPANHANTE.
197. Brasil. Available on https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/ddt_assistencia_partonormal.pdf/view. Accessed on july 4, 2024. 2017. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal .PORTARIA Nº 353, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017.
198. Código Civil Brasileiro <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%202%20ed.pdf>.
199. Lei Estadual Santa Catarina <https://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-18322->

- 2022-santa-catarina-consolida-as-leis-que-dispoem-sobre-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contras-as-mulheres.
200. Lei Estadual http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html.
201. Lei Estadual 19701/2018 <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>.
202. Beauchamp TL; CJ. Principles of Biomedical Ethics. 4º ed. Oxford University Press, organizador. New York; 1994.
203. Childress JF, Beauchamp TL. Common Morality Principles in Biomedical Ethics: Responses to Critics. *Camb Q Healthc Ethics* [Internet]. 13 de abril de 2022 [citado 10 de fevereiro de 2023];31(2):164–76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34511156/>
204. Nunes R. Reinventar o estado social. Coimbra: Coimbra Editora; 2012.
205. Lin X, Liang C, Liu J, Lyu T, Ghumman N, Campbell B. Artificial Intelligence–Augmented Clinical Decision Support Systems for Pregnancy Care: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 16 de setembro de 2024;26:e54737.
206. Malvasi A, Malgieri LE, Stark M, Tinelli A. Dystocia, Delivery, and Artificial Intelligence in Labor Management: Perspectives and Future Directions. *J Clin Med*. 25 de outubro de 2024;13(21):6410.
207. Melaet R, de Vries IR, Kok RD, Guid Oei S, Huijben IAM, van Sloun RJG, et al. Artificial intelligence based cardiotocogram assessment during labor. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. abril de 2024;295:75–85.
208. Davidson L, Boland MR. Towards deep phenotyping pregnancy: a systematic review on artificial intelligence and machine learning methods to improve pregnancy outcomes. *Brief Bioinform*. 2 de setembro de 2021;22(5).
209. Nogueira M, Aparício SL, Duarte I, Silvestre M. Artificial Intelligence’s Role in Improving Adverse Pregnancy Outcomes: A Scoping Review and Consideration of Ethical Issues. *J Clin Med*. 30 de maio de 2025;14(11):3860.
210. McAdams RM, Green TL. Equitable Artificial Intelligence in Obstetrics, Maternal–Fetal Medicine, and Neonatology. *Obstetrics & Gynecology*. maio de 2024;143(5):627–32.
211. Rivabem FS. Biodireito: uma disciplina autônoma? *Revista Bioética* [Internet]. agosto de 2017 [citado 10 de fevereiro de 2023];25(2):282–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/bioet/a/vpVLjFZNxCSPPhZNwcqtVpMz/?lang=pt>
212. Araujo JPM de, Araujo CHM de. Biodireito e legislação na reprodução assistida. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 26 de novembro de 2018 [citado 10 de fevereiro de 2023];51(3):217–35. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2018/vol51n3-2018/TEM-Biodireito-e-legislacao-na-reproducao-assistida.pdf>
213. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2006; Available from: www.unesco.org/shs/ethics.
214. dos Santos ALS, da Paz CT, Fraga BGG, Barreto FL, Gramacho R de CCV, Borges AJ da S. BIOÉTICA E PARTO HUMANIZADO. *Textura*. 20 de agosto de 2019;13(21):93–103.
215. Valls ALM. O Que é Ética? Editora Brasiliense, organizador. Brasília; 1994.
216. Russ J. Pensamento ético contemporâneo. Paulus, organizador. São Paulo; 2003.
217. De Sousa Carvalho A, Gomes A, Pedrosa R, Ribeiro CM, De Assis L, Helvécio Kalil J, et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ÓTICA SOBRE OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E DIREITOS DAS MULHERES OBSTÉTRIC VIOLENCE: THE OPTICS ON THE BIOETHIC PRINCIPLES AND RIGHTS OF WOMEN. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR* [Internet]. [citado 26 de fevereiro de 2023];26(1):52–8. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
218. Noone J. Concept analysis of decision making. *Nurs Forum (Auckl)*. 2002;37(3):21–32.
219. Wittmann-Price RA. Emancipation in decision-making in women’s health care. *J Adv Nurs*. agosto de 2004;47(4):437–45.
220. Nunes R. Diretivas antecipadas de vontade. . CFM/Faculdade de Medicina da

- Universidade do Porto, organizador. Brasília: CFM; 2016. 1–132 p.
221. Ansari H, Yeravdekar R. Respectful maternity care: A national landscape review. *Natl Med J India*. 2019;32(5):290.
222. Burrows J. The parturient woman: can there be room for more than ‘one person with full and equal rights inside a single human skin’? *J Adv Nurs* [Internet]. 13 de março de 2001 [citado 22 de setembro de 2023];33(5):689–95. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2001.01700.x>
223. Kruske S, Young K, Jenkinson B, Catchlove A. Maternity care providers’ perceptions of women’s autonomy and the law. 2013 [citado 22 de setembro de 2023]; Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/84>
224. Brand RJ, Gartland CA, Koo G, McMahon JE, Hicks JM, Al-Khayyat R, et al. Perceived autonomy during childbirth predicts mothers’ parental self-efficacy: A prospective cohort study. *J Health Psychol*. 14 de março de 2024;
225. Sripad P, Warren CE, Hindin MJ, Karra M. Assessing the role of women’s autonomy and acceptability of intimate-partner violence in maternal health-care utilization in 63 low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol*. 1º de outubro de 2019;48(5):1580–92.
226. Mondal D, Karmakar S, Banerjee A. Women’s autonomy and utilization of maternal healthcare in India: Evidence from a recent national survey. *PLoS One*. 9 de dezembro de 2020;15(12):e0243553.
227. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J, et al. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Educ Couns*. março de 2019;102(3):586–94.
228. Vogels-Broeke M, Cellissen E, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Women’s decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth*. 17 de junho de 2023;50(2):384–95.
229. Brenning K, Soenens B. A Self-Determination Theory Perspective on Postpartum Depressive Symptoms and Early Parenting Behaviors. *J Clin Psychol*. 17 de dezembro de 2017;73(12):1729–43.
230. Vedam S, Stoll K, Martin K, Rubashkin N, Partridge S, Thordarson D, et al. The Mother’s Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLoS One*. 23 de fevereiro de 2017;12(2):e0171804.
231. Galbally M, Watson S, Lewis AJ, Power J, Buus N, van IJzendoorn M. Maternal attachment state of mind and perinatal emotional wellbeing: Findings from a pregnancy cohort study. *J Affect Disord*. julho de 2023;333:297–304.
232. Reut N, Kanat- Maymon Y. Spouses’ prenatal autonomous motivation to have a child and postpartum depression symptoms. *J Clin Psychol*. 7 de outubro de 2018;74(10):1808–19.
233. Shahveisi M, Nourizadeh R, Mehrabi E. The effect of shared decision-making in choosing the method of labor analgesia on childbirth experience among primiparous women. *PLoS One*. 15 de fevereiro de 2023;18(2):e0274559.
234. Burcher P. The Ulysses contract in obstetrics: a woman’s choices before and during labour. *J Med Ethics*. janeiro de 2013;39(1):27–30.
235. Afshar Y, Mei JY, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*. março de 2018;45(1):43–9.
236. Ortiz Contreras J, Adrián C, Fernández C, Mella M, Villagrán M, Diaz M, et al. Childbirth experiences of immigrant women in Chile: Trading human rights and autonomy for dignity and good care. *Midwifery*. 1º de outubro de 2021;101.
237. Turan B, Stringer KL, Onono M, Bukusi EA, Weiser SD, Cohen CR, et al. Linkage to HIV care, postpartum depression, and HIV-related stigma in newly diagnosed pregnant women living with HIV in Kenya: a longitudinal observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 3 de dezembro de 2014;14(1):400.

238. Coates D, Donnelly N, Henry A. The Attitudes and Beliefs of Australian Midwives and Obstetricians About Birth Options and Labor Interventions. *J Midwifery Womens Health*. 27 de março de 2021;66(2):161–73.
239. Kleinubing RE, Langendorf TF, Padoin SM de M, Paula CC de. Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. *Escola Anna Nery*. 2021;25(5).
240. De Bolso M. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.
241. McMahon SA, Kennedy CE, Winch PJ, Kombe M, Killewo J, Kilewo C. Stigma, Facility Constraints, and Personal Disbelief: Why Women Disengage from HIV Care During and After Pregnancy in Morogoro Region, Tanzania. *AIDS Behav*. 1º de janeiro de 2017;21(1):317–29.
242. Ikeda DJ, Nyblade L, Srihanaviboonchai K, Agins BD. A quality improvement approach to the reduction of HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. *BMJ Glob Health*. 21 de junho de 2019;4(3):e001587.
243. DESAFIANDO O ESTIGMA E A DISCRIMINAÇÃO.
244. Planalto Governo Brasileiro. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm. Acessado em 12 de janeiro de 2023. 2014. Lei 12984 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm.
245. Ng CK, Tsai AC. Proximate Context of HIV-Related Stigma and Women's Use of Skilled Childbirth Services in Uganda. *AIDS Behav*. 1º de janeiro de 2017;21(1):307–16.
246. Pellegino' ED. L A RELACIÓN ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA INTEGRIDAD EN LA ÉTICA MÉDICA'.
247. Wirtz V, Cribb A, Barber N. Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation - A critical analysis of models. *Soc Sci Med*. janeiro de 2006;62(1):116–24.
248. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nurs*. dezembro de 2006;15(12):1498–508.
249. Cocanour CS. Informed consent—It's more than a signature on a piece of paper. *Am J Surg*. 1º de dezembro de 2017;214(6):993–7.
250. Mahjoub R, Rutledge DN. Perceptions of informed consent for care practices: Hospitalized patients and nurses. *Applied Nursing Research*. novembro de 2011;24(4):276–80.
251. Lanphier E, Lomotey-Nakon L. Birth, trust and consent: reasonable mistrust and trauma-informed remedies. *J Med Ethics*. setembro de 2023;49(9):624–5.
252. Blanchette G. Informed consent for vaginal birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. agosto de 2019;59(4).
253. Department of Health and Human Services. Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal>. Accessed on June 23, 2025. 2025. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Department of Health and Human Services. .
254. Committee on Ethics TAC of O and Gynecologists. Human immunodeficiency virus infection: physicians' responsibilities. . *Obstet Gynecol* . 1990;Jun;75(6):1043–5.
255. World Health Organization. 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2021. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.
256. Shareef N, Said P, Lamers S, Nieuwenhuijze M, de Vries M, van Dillen J. The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. *PLoS One*. 26 de junho de 2024;19(6):e0305226.

257. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*. 25 de junho de 2016;43(2):144–50.
258. Ghahremani T, Bailey K, Whittington J, Phillips AM, Spracher BN, Thomas S, et al. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. *Am J Obstet Gynecol*. maio de 2023;228(5):S977–82.
259. Breman RB, Resnick B, Ogbolu Y, Dada S, Low LK. Reliability and Validity of a Perinatal Shared Decision-Making Measure: The Childbirth Options, Information, and Person-Centered Explanation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 1º de novembro de 2022 [citado 9 de janeiro de 2024];51(6):631–42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36028146/>
260. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. janeiro de 2017;216(1):31.e1-31.e4.
261. Bell CH, Muggleton S, Davis DL. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*. agosto de 2022;111:103388.
262. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, et al. Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth*. 21 de setembro de 2014;41(3):283–9.
263. Anderson CJ, Kilpatrick C. SUPPORTING Patients' Birth Plans: Theories, Strategies & Implications for Nurses. *Nurs Womens Health*. 1º de junho de 2012;16(3):210–8.
264. Shareef N, Said P, Lamers S, Nieuwenhuijze M, de Vries M, van Dillen J. The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. *PLoS One*. 26 de junho de 2024;19(6):e0305226.
265. López-Gimeno E, Seguranyes G, Vicente-Hernández M, Cubero LB, Garreta GV, Falguera-Puig G. Effectiveness of birth plan counselling based on shared decision making: A cluster randomized controlled trial (APLANT). *PLoS One*. 1º de setembro de 2022;17(9 September).
266. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Kluftringer A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. novembro de 2013;35(11):979–85.
267. Ahmadpour P, Mosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Evaluation of the birth plan implementation: A parallel convergent mixed study. *Reprod Health*. 7 de setembro de 2020;17(1).
268. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. julho de 2010;47(7):806–14.
269. AYERS S. Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Obstet Gynecol*. setembro de 2004;47(3):552–67.
270. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychol Health Med*. novembro de 2006;11(4):389–98.
271. Panda S, Daly D, Begley C, Karlström A, Larsson B, Bäck L, et al. Factors influencing decision-making for caesarean section in Sweden - A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17 de setembro de 2018;18(1).
272. Crossland N, Kingdon C, Balaam MC, Betrán AP, Downe S. Women's, partners' and healthcare providers' views and experiences of assisted vaginal birth: A systematic mixed methods review. *Reprod Health*. 1º de junho de 2020;17(1).
273. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Jiménez-Ruz A, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*. 8 de janeiro de 2021;18(2):456.

274. Sedini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clin Exp Res.* 15 de fevereiro de 2022;34(2):325–30.
275. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med.* 1º de junho de 2015;12(6).
276. Conselho Federal de Medicina. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acessado em 16 de janeiro de 2025. 2019. Código de Ética Médica.
277. Ordem dos Médicos. Disponível em <https://www.omcentro.com/wp-content/uploads/2021/01/codigodeontologico-1.pdf>. Acessado em 23 de março de 2022. 2016. Código Deontológico da Ordem dos Médicos.
278. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* 2010;39(3):298–309.
279. Lothian J. Birth plans: The good, the bad, and the future. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* 2006;35(2):295–303.
280. Goetz-Fu M, Gaucher L, Huissoud C, De la Fourniere B, Dupont C, Cortet M. Birth plans: Developing a shared medical decision aid tool. *BMC Pregnancy Childbirth.* 17 de março de 2025;25(1):306.
281. Mohaghegh Z, Javadnoori M, Najafian M, Montazeri S, Abedi P, Leyli EK, et al. Implementation of birth plans integrated into childbirth preparation classes for vaginal birth: a qualitative study of women, their husbands and clinicians' perspectives in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth.* 1º de dezembro de 2022;22(1).
282. Nicholls JA, David AL, Iskaros J, Siassakos D, Lanceley A. Consent in pregnancy - an observational study of ante-natal care in the context of Montgomery: all about risk? *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 1º de dezembro de 2021 [citado 22 de setembro de 2023];21(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33526016/>
283. de Azevedo AP, Castro L, Hofer CB, Rego F. The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus. *J Clin Med.* 14 de março de 2025;14(6):1975.
284. de Azevedo AP, Castro L, Hofer CB, Rego F. Major Factors Contributing to Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with HIV. *Behavioral Sciences.* 31 de março de 2025;15(4):442.
285. Redshaw M. Women as consumers of maternity care: measuring “satisfaction” or “dissatisfaction”? *Birth.* março de 2008;35(1):73–6.
286. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 8 de maio de 2013 [citado 11 de março de 2023];13(1):1–10. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-108>
287. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* abril de 2004;46(2):212–9.
288. Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth.* 16 de abril de 2016;16(1).
289. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. R, Barona-Vilar C, Carreguá-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Gaceta sanitaria [Internet]. Vol. 26, Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS); 2012 [citado 3 de dezembro de 2022]. 236–242 p. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
290. Moudi Z, Tavousi M. Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What Are the Psychometric Properties? *Nurs Midwifery Stud* [Internet]. 21 de maio de 2016;5(2):e29952–e29952. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27556053>
291. Kabakian-Khasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Sheikha S, Lakany N el,

- et al. Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2017;25(sup1):16–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1381533>
292. Goodman P, Rn PE, Mackey MC, Drph AST, Mackey M. ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE Factors related to childbirth satisfaction. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
293. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* [Internet]. 1º de abril de 2004 [citado 2 de dezembro de 2022];46(2):212–9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
294. Lopes F, Carvas Júnior N, Nakamura MU, Nomura RMY. Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 27 de junho de 2019;41(6):371–8.
295. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 de outubro de 2007;7.
296. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*. maio de 2012;26(3):236–42.
297. Psaros C, Remmert JE, Bangsberg DR, Safren SA, Smit JA. Adherence to HIV Care after Pregnancy among Women in Sub-Saharan Africa: Falling Off the Cliff of the Treatment Cascade Compliance with Ethics Guidelines Conflict of Interest HHS Public Access. 2015;12(1):1–5.
298. Chabbert M, Panagiotou D, Wendland J. Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol*. 2021;39(1):43–66.
299. Hall H, Fooladi E, Kloester J, Ulnang A, Sinni S, White C, et al. Factors that Promote a Positive Childbearing Experience: A Qualitative Study. *J Midwifery Womens Health*. 9 de janeiro de 2023;68(1):44–51.
300. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Karlsdottir SI, Ekström-Bergström A, Nilsson C, Stramrood C, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*. 5 de junho de 2023;50(2):362–83.
301. Ratislavová K, Horová J, Marek P. Measuring Women's Satisfaction with Childbirth: A Literature Review of Measurement Properties. *Slovenian Journal of Public Health*. 1º de junho de 2024;63(2):100–8.
302. HODNETT E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review*1. *Am J Obstet Gynecol*. maio de 2002;186(5):S160–72.
303. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 1º de agosto de 2016;39:112–23.
304. Domingues RMSM, Santos EM dos, Leal M do C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica*. 2004;20(supl 1):S52–62.
305. Jorge AC, Rossi LC, Ribeiro LRL. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Journal Archives of Health*. 5 de agosto de 2024;5(3):e2192.
306. Susan A, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord*. janeiro de 2009;119(1–3):200–4.
307. Ramos TM, Carmona EV, Balamínut T, Sanfelice CF de O. Assessment of women's satisfaction with labor and childbirth at a teaching hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 2022;43.
308. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience:

- Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. março de 2004;31(1):17–27.
309. Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology*. 12 de novembro de 1993;32(4):469–83.
310. Gregory KD, Korst LM, Saeb S, McCulloch J, Greene N, Fink A, et al. Childbirth-specific patient-reported outcomes as predictors of hospital satisfaction. *Am J Obstet Gynecol*. 1º de fevereiro de 2019;220(2):201.e1-201.e19.
311. Baranowska B, Kajdy A, Pawlicka P, Pokropek E, Rabijewski M, Sys D, et al. What are the Critical Elements of Satisfaction and Experience in Labor and Childbirth—A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 12 de dezembro de 2020;17(24):9295.
312. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 18 de março de 2019;2019(3):211–9.
313. Sifunda S, Peltzer K, Rodriguez VJ, Mandell LN, Lee TK, Ramlagan S, et al. Impact of male partner involvement on mother-to-child transmission of HIV and HIV-free survival among HIV-exposed infants in rural South Africa: Results from a two phase randomised controlled trial. *PLoS One*. 5 de junho de 2019;14(6):e0217467.
314. Hampanda K, Matenga TFL, Nkwemu S, Shankalala P, Chi BH, Darbes LA, et al. Designing a couple-based relationship strengthening and health enhancing intervention for pregnant women living with HIV and their male partners in Zambia: Interview findings from the target community. *Soc Sci Med*. agosto de 2021;283:114029.
315. McLean KE. Men's experiences of pregnancy and childbirth in Sierra Leone: Reexamining definitions of "male partner involvement". *Soc Sci Med*. 1º de novembro de 2020;265.
316. Forbes F, Wynter K, Zeleke BM, Fisher J. Male partner involvement in birth preparedness, complication readiness and obstetric emergencies in Sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 1º de dezembro de 2021;21(1).
317. Mohammed BH, Johnston JM, Vackova D, Hassen SM, Yi H. The role of male partner in utilization of maternal health care services in Ethiopia: A community-based couple study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14 de janeiro de 2019;19(1).
318. Ashaba S, Kaida A, Coleman JN, Burns BF, Dunkley E, O'Neil K, et al. Psychosocial challenges facing women living with HIV during the perinatal period in rural Uganda. *PLoS One*. 1º de maio de 2017;12(5):e0176256.
319. Waldron EM, Miller ES, Wee V, Statton A, Moskowitz JT, Burnett-Zeigler I. Stress, coping and the acceptability of mindfulness skills among pregnant and parenting women living with <scp>HIV</scp> in the United States: A focus group study. *Health Soc Care Community*. 10 de novembro de 2022;30(6).
320. Ngocho JS, Watt MH, Minja L, Knettel BA, Mmbaga BT, Williams P, et al. Depression and anxiety among pregnant women living with HIV in Kilimanjaro region, Tanzania. *PLoS One*. 1º de outubro de 2019;14(10).
321. Pregnant persons and birth partners' experiences of shared decision-making during pregnancy and childbirth: An umbrella review - ScienceDirect [Internet]. [citado 9 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399123002124?via%3Dihub>
322. Emelonye AU, Vehviläinen-Julkunen K, Pitkääho T, Aregbesola A. Midwives perceptions of partner presence in childbirth pain alleviation in Nigeria hospitals. *Midwifery*. 1º de maio de 2017;48:39–45.
323. Afulani P, Kusi C, Kirumbi L, Walker D. Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 de dezembro de 2018;18(1):150.
324. Afulani PA, Buback L, Kelly AM, Kirumbi L, Cohen CR, Lyndon A. Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed

- methods study in Kenya. *Reprod Health*. 3 de dezembro de 2020;17(1):85.
325. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* [Internet]. 11 de junho de 2019 [citado 10 de outubro de 2023];16(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31182118/>
326. Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead M V., Włodarczyk JH. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: A randomised trial. *Medical Journal of Australia*. 1995;163(6):289–93.
327. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth*. 30 de outubro de 2015;15(1).
328. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 1º de outubro de 2019;21:33–8.
329. Carlton T, Callister LC, Stoneman E. Decision making in laboring women: Ethical issues for perinatal nurses. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2005;19(2):145–54.
330. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Womens Health*. 14 de agosto de 2020;20(1).
331. Graybill LA, Kasaro M, Freeborn K, Walker JS, Poole C, Powers KA, et al. Incident HIV among pregnant and breast-feeding women in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 1º de abril de 2020;34(5):761–76.
332. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1>. Acessado em 02 de março de 2024. 2016. GUIDELINE UPDATES ON HIV AND INFANT FEEDING.
333. Kasadha B, Hinton L, Tariq S, Nyatsanza F, Namiba A, Freeman-Romilly N, et al. How women living with HIV in the UK manage infant-feeding decisions and vertical transmission risk – a qualitative study. *BMC Public Health*. 6 de agosto de 2024;24(1):2130.
334. Bossano CM, Townsend KM, Walton AC, Blomquist JL, Handa VL. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1º de setembro de 2017;217(3):342.e1-342.e8.
335. Hochman N, Galper A, Stanger V, Levin G, Herzog K, Cahan T, et al. Risk factors for a negative birth experience using the Birth Satisfaction Scale-Revised. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 28 de dezembro de 2023;163(3):904–10.
336. Nahae J, Rezaie M, Abdoli E, Mirghafourvand M, Ghanbari-Homaie S, Jafarzadeh M. Association of childbirth experience with long-term psychological outcomes: a prospective cohort study. *Reprod Health*. 30 de maio de 2024;21(1):71.
337. van Scheppingen MA, Denissen JaapJA, Chung JM, Tambs K, Bleidorn W. Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *J Pers Soc Psychol*. junho de 2018;114(6):973–91.
338. Kumar-Hazard B, Dahlen HG. Setting a human rights and legal framework around 'the ethics of consent during labour and birth: episiotomies'. *J Med Ethics*. setembro de 2023;49(9):634–5.
339. Dahlen HG, Caplice S. What do midwives fear? *Women and Birth*. 1º de dezembro de 2014;27(4):266–70.
340. Martinelli KG, Gama SGN da, Santos Neto ET dos. The role of parity in the mode of delivery in advanced maternal age women. *Revista Brasileira de Saúde Materno*

- Infantil. março de 2021;21(1):65–75.
341. Smith KB, Zdaniuk B, Ramachandran SO, Brotto LA. A longitudinal case-control analysis of pain symptoms, fear of childbirth, and psychological well-being during pregnancy and postpartum among individuals with vulvodynia. *Midwifery*. 1º de novembro de 2022;114.
342. Hughes CS, Kamanga M, Jenny A, Ziemann B, Warren C, Walker D, et al. Perceptions and predictors of respectful maternity care in Malawi: A quantitative cross-sectional analysis. *Midwifery*. setembro de 2022;112:103403.
343. Bohren MA, Adu-Bonsaffoh K, Azonima Irinyenikan T, Maung Maung T, Dioulde Balde M, Tunçalp Ö. Mistreatment during childbirth – Authors’ reply. *The Lancet* [Internet]. 2020;396:817–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978>
344. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 1º de julho de 2018;125(8):932–42.
345. Tuthill EL, Maltby AE, Odhiambo BC, Akama E, Pellowski JA, Cohen CR, et al. “I Found Out I was Pregnant, and I Started Feeling Stressed”: A Longitudinal Qualitative Perspective of Mental Health Experiences Among Perinatal Women Living with HIV. *AIDS Behav*. 16 de dezembro de 2021;25(12):4154–68.
346. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö., Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 24 de março de 2016;123(4):529–39.
347. McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth*. 1º de setembro de 2021;34(5):407–16.
348. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 17 de abril de 2018;13(4):e0194906.
349. Kunneman M, Montori VM. When patient-centred care is worth doing well: Informed consent or shared decision-making. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(7):522–4.
350. Meyer Y, Frank F, Schläpky Muntwyler F, Fleming V, Pehlke-Milde J. Decision-making in Swiss home-like childbirth: A grounded theory study. *Women and Birth*. 1º de dezembro de 2017;30(6):e272–80.
351. Falk M, Nelson M, Blomberg M. The impact of obstetric interventions and complications on women’s satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 de dezembro de 2019;19(1):494.
352. Hickson G. Satisfaction With Obstetric Care: Relation to Neonatal Intensive Care. *Obstetrics & Gynecology*. fevereiro de 1998;91(2):288–92.
353. Sudhinaraset M, Landrian A, Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G. Association between person-centered maternity care and newborn complications in Kenya. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 9 de janeiro de 2020;148(1):27–34.
354. Adler K, Rahkonen L, Kruit H. Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21 de dezembro de 2020;20(1):415.
355. Alruwaili TA, Crawford K, Jahanfar S, Hampton K, Fooladi E. Pregnant persons and birth partners’ experiences of shared decision-making during pregnancy and childbirth: An umbrella review. *Patient Educ Couns*. 1º de setembro de 2023;114:107832.
356. Waddell A. “The Terminology Might Be Ahead of Practice”: Embedding Shared Decision Making in Practice—Barriers and Facilitators to Implementation of SDM in the Context of Maternity Care. *MDM Policy Pract*. 1º de julho de 2023;8(2).
357. Nicoloro-SantaBarbara J, Rosenthal L, Auerbach M V., Kocis C, Busso C, Lobel M. Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy. *Soc Sci Med*. outubro de 2017;190:133–40.

358. Kaimal A, Norton ME. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #55: Counseling women at increased risk of maternal morbidity and mortality. *Am J Obstet Gynecol.* abril de 2021;224(4):B16–23.
359. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery.* abril de 2009;25(2).
360. Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with Childbirth: Theories and Methods of Measurement. *Birth.* 1993;20(1):22–9.
361. Mohamoud YA, Cassidy E, Fuchs E, Womack LS, Romero L, Kipling L, et al. *Vital Signs*: Maternity Care Experiences — United States, April 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1º de setembro de 2023;72(35):961–7.
362. Patel SJ, Truong S, DeAndrade S, Jacober J, Medina M, Diouf K, et al. Respectful Maternity Care in the United States—Characterizing Inequities Experienced by Birthing People. *Matern Child Health J.* 26 de julho de 2024;28(7):1133–47.
363. Alruwaili TA, Crawford K, Fooladi E. Shared decision-making in maternity care in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Midwifery.* novembro de 2024;138:104147.
364. Hughes CS, Kamanga M, Jenny A, Ziemann B, Warren C, Walker D, et al. Perceptions and predictors of respectful maternity care in Malawi: A quantitative cross-sectional analysis. *Midwifery.* setembro de 2022;112:103403.
365. Jolly Y, Aminu M, Mgawadere F, van den Broek N. “We are the ones who should make the decision” – knowledge and understanding of the rights-based approach to maternity care among women and healthcare providers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 15 de dezembro de 2019;19(1):42.
366. Baumont MS, Dekker CS, Rabinovitch Blecker N, Turlington Burns C, Strauss NE. Every Mother Counts: listening to mothers to transform maternity care. *Am J Obstet Gynecol.* maio de 2023;228(5):S954–64.
367. Yelland J, Krastev A, Brown S. Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery.* agosto de 2009;25(4):392–402.
368. Hannon S, Newnham E, Hannon K, Wuytack F, Johnson L, McEvoy E, et al. Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expectations.* 2 de dezembro de 2022;25(6):2971–81.
369. Lazzerini M, Mariani I, Semenzato C, Valente EP. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open.* 14 de setembro de 2020;10(9):e037063.
370. Mauluka C, Stones W, Chiumia IK, Maliwichi L. Exploring a framework for demandable services from antenatal to postnatal care: a deep-dive dialogue with mothers, health workers and psychologists. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 de maio de 2023;23(1):390.
371. Valente EP, Mariani I, Covi B, Lazzerini M. Quality of Informed Consent Practices around the Time of Childbirth: A Cross-Sectional Study in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 10 de junho de 2022;19(12):7166.
372. Magondo N, Meintjes EM, Warton FL, Little F, van der Kouwe AJW, Laughton B, et al. Distinct alterations in white matter properties and organization related to maternal treatment initiation in neonates exposed to HIV but uninfected. *Sci Rep.* 17 de abril de 2024;14(1):8822.
373. Schoeman JC, Moutloatse GP, Harms AC, Vreeken RJ, Scherpbier HJ, Van Leeuwen L, et al. Fetal Metabolic Stress Disrupts Immune Homeostasis and Induces Proinflammatory Responses in Human Immunodeficiency Virus Type 1– and Combination Antiretroviral Therapy–Exposed Infants. *J Infect Dis.* 15 de agosto de 2017;216(4):436–46.
374. Boivin MJ, Maliwichi-Senganimalunje L, Ogwang LW, Kawalazira R, Sikorskii A, Familiar-Lopez I, et al. Neurodevelopmental effects of ante-partum and post-partum antiretroviral exposure in HIV-exposed and uninfected children versus HIV-unexposed and uninfected children in Uganda and Malawi: a prospective cohort study. *Lancet HIV.* agosto de 2019;6(8):e518–30.

375. Mebrahtu H, Simms V, Chingono R, Mupambireyi Z, Weiss HA, Ndlovu P, et al. Postpartum maternal mental health is associated with cognitive development of HIV-exposed infants in Zimbabwe: a cross-sectional study. *AIDS Care*. 20 de junho de 2018;30(sup2):74–82.
376. Nöthling J, Martin CL, Laughton B, Cotton MF, Seedat S. Maternal post-traumatic stress disorder, depression and alcohol dependence and child behaviour outcomes in mother–child dyads infected with HIV: a longitudinal study. *BMJ Open*. dezembro de 2013;3(12):e003638.
377. Rodriguez VJ, Matseke G, Cook R, Bellinger S, Weiss SM, Alcaide ML, et al. Infant Development and Pre- and Post-partum Depression in Rural South African HIV-Infected Women. *AIDS Behav*. 6 de junho de 2018;22(6):1766–74.
378. Marr MC, Graham AM, Feczko E, Nolvi S, Thomas E, Sturgeon D, et al. Maternal Perinatal Stress Trajectories and Negative Affect and Amygdala Development in Offspring. *American Journal of Psychiatry*. 1º de outubro de 2023;180(10):766–77.
379. Awadu JE, Sikorskii A, Zalwango S, Coventry A, Giordani B, Ezeamama AE. Developmental Disorder Probability Scores at 6–18 Years Old in Relation to In-Utero/Peripartum Antiretroviral Drug Exposure among Ugandan Children. *Int J Environ Res Public Health*. 21 de março de 2022;19(6):3725.
380. Benki-Nugent S, Wamalwa D, Langat A, Tapia K, Adhiambo J, Chebet D, et al. Comparison of developmental milestone attainment in early treated HIV-infected infants versus HIV-unexposed infants: a prospective cohort study. *BMC Pediatr*. 17 de dezembro de 2017;17(1):24.
381. le Roux SM, Donald KA, Kroon M, Phillips TK, Lesosky M, Esterhuyse L, et al. HIV Viremia During Pregnancy and Neurodevelopment of HIV-Exposed Uninfected Children in the Context of Universal Antiretroviral Therapy and Breastfeeding. *Pediatric Infectious Disease Journal*. janeiro de 2019;38(1):70–5.
382. Young JM, Bitnun A, Read SE, Smith M Lou. Neurodevelopment of HIV-exposed uninfected children compared with HIV-unexposed uninfected children during early childhood. *Dev Psychol*. março de 2022;58(3):551–9.
383. Voit FAC, Kajantie E, Lemola S, Räikkönen K, Wolke D, Schnitzlein DD. Maternal mental health and adverse birth outcomes. *PLoS One*. 31 de agosto de 2022;17(8):e0272210.
384. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes. *J Clin Psychiatry*. 4 de setembro de 2018;79(5).
385. Portwood C, Sexton H, Kumarendran M, Brandon Z, Kirtley S, Hemelaar J. Adverse perinatal outcomes associated with antiretroviral therapy in women living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 3 de fevereiro de 2023;9.
386. Akinsolu FT, Abodunrin OR, Lawale AA, Bankole SA, Adegbite ZO, Adewole IE, et al. Depression and perceived stress among perinatal women living with HIV in Nigeria. *Front Public Health*. 20 de novembro de 2023;11.
387. Larsen A, Pintye J, Abuna F, Bhat A, Dettinger JC, Gomez L, et al. Risks of adverse perinatal outcomes in relation to maternal depressive symptoms: A prospective cohort study in Kenya. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 26 de agosto de 2023;37(6):489–504.
388. Tan CW, Tan H Sen, Sultana R, Meaney MJ, Kee MZL, Sng BL. Association of pain, analgesic, psychological, and socioeconomic factors with sub-acute pain after childbirth: A prospective cohort study. *J Clin Anesth*. 1º de dezembro de 2022;83.
389. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women Birth [Internet]*. 1º de fevereiro de 2019 [citado 9 de janeiro de 2024];32(1):28–38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685345/>
390. Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training.

- Reprod Health Matters. 27 de agosto de 2018;26(53):19–35.
391. Fentie EA, Yeshita HY, Shewarega ES, Boke MM, Kidie AA, Alemu TG. Adverse birth outcome and associated factors among mothers with HIV who gave birth in northwest Amhara region referral hospitals, northwest Ethiopia, 2020. *Sci Rep*. 29 de dezembro de 2022;12(1):22514.
392. Afulani PA, Buback L, Kelly AM, Kirumbi L, Cohen CR, Lyndon A. Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. *Reprod Health*. 3 de dezembro de 2020;17(1):85.
393. Rost M, Stuermer Z, Niles P, Arnold L. Between “a lot of room for it” and “it doesn't exist”—Advancing and limiting factors of autonomy in birth as perceived by perinatal care practitioners: An interview study in Switzerland. *Birth*. 18 de dezembro de 2023;50(4):1068–80.
394. Villarme S, Kelly B. Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *J Eval Clin Pract*. 29 de abril de 2020;26(2):515–9.
395. Nelson A. Medical authority and expectations of conformity: crystallising a key barrier to person-centred care during labour and childbirth. *J Med Ethics*. fevereiro de 2025;51(2):107–10.
396. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Li M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 27 de maio de 2010 [citado 10 de outubro de 2023];10(1):1–18. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-25>
397. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2001;75(SUPPL. 1).
398. Sens MM, Stamm AMN de F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019;23.
399. Feijen-de Jong EI, van der Pijl M, Vedam S, Jansen DEMC, Peters LL. Measuring respect and autonomy in Dutch maternity care: Applicability of two measures. *Women and Birth*. 1º de setembro de 2020;33(5):e447–54.
400. Rocha NFF da, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*. junho de 2020;44(125):556–68.
401. Silva AFPM da, Almeida BGRF de, Ribeiro EA, Teixeira LC, Silva PCP de O da, Ribeiro A da S. Obstetric violence related to the loss of autonomy of the woman in the children's room. *Research, Society and Development* [Internet]. 12 de maio de 2021 [citado 11 de fevereiro de 2023];10(5):e22210514814–e22210514814. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14814>
402. Dickens B. I095 THE FIGO PRINCIPLES AND PRACTICE OF BIOETHICS CURRICULUM. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. outubro de 2012;119:S183–4.
403. Rendtorff JD. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability—towards a foundation of bioethics and biolaw. *Med Health Care Philos*. 2002;5(3):235–44.
404. Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Cien Saude Colet*. novembro de 2020;25(11):4531–46.
405. Sehnem GD, Rios CPP, Souza MB de, Arboit J, Cogo SB, Mutti CF, et al. Intervenções obstétricas durante o processo parturitivo: percepções de puérperas. *Research, Society and Development*. 20 de abril de 2020;9(6):e131963515.
406. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3.
407. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric

- Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med* [Internet]. 1º de julho de 2022 [citado 14 de julho de 2023];12(7):1090. Disponível em: [/pmc/articles/PMC9323415/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35323415/)
408. Diamond-Smith N, Sudhinaraset M, Melo J, Murthy N. The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. *Midwifery*. 1º de setembro de 2016;40:114–23.
409. Légaré F, Witteman HO. Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice. *Health Aff*. fevereiro de 2013;32(2):276–84.
410. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. novembro de 2018;6(11):e1196–252.
411. Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 de novembro de 2022;22(1):862.
412. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med* [Internet]. 1º de junho de 2015 [citado 15 de julho de 2023];12(6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26126175/>
413. Martín-Badia J, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 29 de novembro de 2021 [citado 14 de fevereiro de 2023];18(23):12553. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12553>
414. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa AC de P, Barbieri M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 6 de junho de 2019 [citado 4 de março de 2023];40:e20180233. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188973/>
415. UNAIDS. Available on https://www.unaids.org/en/AIDS_SDGs. Accessed on august1, 2025. 2025. AIDS and the Sustainable Development Goals.
416. Ministério da Saúde. Available on https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view . Accessed on 3 agst, 2024. 2021. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.
417. UNESCO. Disponível em https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acessado em 02 de abril de 2023. 2006. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.
418. Vedam S, Stoll K, Martin K, Rubashkin N, Partridge S, Thordarson D, et al. The Mother's autonomy in decision making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLoS One*. 1º de fevereiro de 2017;12(2).
419. Kapula N, Shiboski S, Dehlendorf C, Ouma L, Afulani PA. Examining socioeconomic status disparities in facility-based childbirth in Kenya: role of perceived need, accessibility, and quality of care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2 de novembro de 2022;22(1):804.
420. Imtiithal Adnan F, Noor NM, Mat Junoh NA. Associated factors of labor satisfaction and predictor of postnatal satisfaction in the north-east of Peninsular Malaysia. *PLoS One*. 28 de agosto de 2020;15(8):e0238310.
421. Lindquist A, Kurinczuk J, Redshaw M, Knight M. Experiences, utilisation and outcomes of maternity care in England among women from different socio-economic groups: findings from the 2010 National Maternity Survey. *BJOG*. 17 de novembro de 2015;122(12):1610–7.
422. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression. *Obstet Gynecol Clin North Am*. setembro de 2020;47(3):409–19.

423. Watt MH, Marchand V, Barabara ML, Minja LM, Stephens MJ, Hanson OR, et al. Outcomes of the MAMA Training: A Simulation and Experiential Learning Intervention for Labor and Delivery Providers to Improve Respectful Maternity Care for Women Living with HIV in Tanzania. *AIDS Behav.* 14 de junho de 2024;28(6):1898–911.
424. Watt MH, Minja LM, Barabara M, Mlay P, Stephens MJ, Olomi G, et al. A simulation and experiential learning intervention for labor and delivery providers to address HIV stigma during childbirth in Tanzania: study protocol for the evaluation of the MAMA intervention. *BMC Pregnancy Childbirth.* 16 de março de 2023;23(1):181.
425. Chen S, Ning Y, Tan Y, Lin X, Wang M. An interventional study on the influence of social and family support systems on the fertility pattern of HIV-infected women. *Medicine.* 21 de maio de 2021;100(20):e26027.
426. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 21 de julho de 2009;339(jul21 1):b2535–b2535.
427. Kukla R. Conscientious Autonomy: Displacing Decisions in Health Care. *Hastings Center Report.* 2005;35(2):34–44.
428. Murphy M. Maternal autonomy. *Br J Midwifery.* 2 de junho de 2016;24(5):371–3.
429. Hemalatha BS. Care of mother with HIV/AIDS. *Nurs J India.* 2012;103(5):198–200.
430. Powell AM, DeVita JM, Ogburu-Ogbonnaya A, Peterson A, Lazenby GB. The Effect of HIV-Centered Obstetric Care on Perinatal Outcomes Among a Cohort of Women Living With HIV. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 1º de agosto de 2017;75(4):431–8.
431. Lyatuu GW, Naburi H, Mwashemele S, Lyaruu P, Urrio R, Simba B, et al. Effect of peer-mother interactive programme on prevention of mother-to-child HIV transmission outcomes among pregnant women on anti-retroviral treatment in routine healthcare in Dar es Salaam, Tanzania. *PLOS Global Public Health.* 9 de março de 2022;2(3):e0000256.
432. Lyatuu GW, Urrio R, Naburi H, Lyaruu P, Simba B, Siril H, et al. Vertical HIV transmission within 18 months post partum among women on lifelong antiretroviral therapy for HIV in Dar es Salaam, Tanzania: a prospective cohort study. *Lancet HIV.* janeiro de 2023;10(1):e33–41.
433. Camellia A, Swandari P, Rahma G, Merati TP, Bakta IM, Duarsa DP. A Peer-support Mini-counseling Model to Improve Treatment in HIV-positive Pregnant Women in Kupang City, East Nusa Tenggara, Indonesia. *Journal of Preventive Medicine and Public Health.* 31 de maio de 2023;56(3):238–47.
434. Smith LFP, Somerset E. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care* [Internet]. 2001 [citado 6 de outubro de 2023];10:17–22. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/>

9.APÊNDICES

9.1. ARTIGO 1

THE CHILDBIRTH EXPERIENCE OF PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV VIRUS: SCOPING REVIEW. de Azevedo, A.P.; de Rezende Filho, J.F.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review. *Children* 2024, 11, 743. <https://doi.org/10.3390/children11060743>





children



Systematic Review

The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review

Andréa Paula de Azevedo, Jorge Fonte de Rezende Filho, Cristina Barroso Hofer and Francisca Rego

Special Issue

Maternal and Child's Health

Edited by
Prof. Dr. Jyu-Lin Chen



<https://doi.org/10.3390/children11060743>

The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review

Andréa Paula de Azevedo ^{1,2,*}, Jorge Fonte de Rezende Filho ^{3,4} , Cristina Barroso Hofer ⁵  and Francisca Rego ¹ 

¹ Faculty of Medicine, University of Porto, 4200-319 Porto, Portugal

² Institute of Childcare and Pediatrics Martagão Gesteira, Federal University of Rio de Janeiro, Rua Bruno Lobo, 50, Rio de Janeiro 21941-912, Brazil

³ National Medicine Academy, Rio de Janeiro 20021-130, Brazil

⁴ Maternity School, Federal University of Rio de Janeiro 22240-001, Brazil

⁵ Department Infectious Diseases, School of Medicine, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 21044-020, Brazil

* Correspondence: andrea.azevedo@ippmg.ufrrj.br

Abstract: OBJECTIVE: Understand and explore the childbirth experiences of pregnant women living with HIV (PWLWHIV). With the advent of several measures to decrease the intrapartum HIV infection and a strong emphasis on the humanization of childbirth, there is a growing focus on providing positive childbirth experiences for pregnant women. Indeed, a positive childbirth experience is even more important in the group of pregnant women living with HIV (PWLWHIV) as it plays a pivotal role in enhancing the mother's adherence to her postpartum treatment and the newborn's engagement in Infectious Disease services. METHODOLOGY: A scoping review was conducted. Searches were performed on databases, such as MEDLINE, PUBMED, WEB OF SCIENCE and Cochrane Library, using the following keywords: childbirth, birth, parturition, HIV, humaniz*, perceived safety, experience, maternal satisfaction, healthcare professional and midwi*. Articles meeting pre-established criteria were selected within the timeframe of 2013 to 2023 for inclusion in the review. RESULTS: Out of a total of 2,340,391 articles, 4 were chosen based on our defined criteria. Three primary themes emerged from the selected articles: the assessment of childbirth experience quality, vulnerability and autonomy. CONCLUSIONS: The four studies identified had a small sample size and were not adequately conducted with a specific focus on studying the childbirth experience of pregnant women living with HIV (PWLWHIV). This scoping review revealed a gap in the existing literature, indicating a need for further research and clarification in the identified area.

Keywords: childbirth; experience; pregnant women; HIV; scoping review



Citation: de Azevedo, A.P.; de Rezende Filho, J.F.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review. *Children* **2024**, *11*, 743. <https://doi.org/10.3390/children11060743>

Academic Editor: Jane D. Champion

Received: 12 May 2024

Revised: 30 May 2024

Accepted: 12 June 2024

Published: 18 June 2024



Copyright: © 2024 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

In accordance with the Sustainable Development Goals (SDGs) outlined by the United Nations, the Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health (2016–2030) represents a pivotal change in the emphasis placed on public health priorities [1,2]. It is necessary to improve the care of pregnant woman living with HIV (PWLWHIV), not only in reducing the HIV maternal-to-child vertical transmission (MTCT) but also improving the PWLWHIV childbirth experience, to enhance their commitment to treatment during the postpartum phase and to facilitate follow-up care for the newborn. This approach aims to decrease morbidity and mortality among pregnant women living with HIV (PWLWHIV) and lower the incidence of new HIV cases in newborns. Ensuring a positive childbirth experience aligns with one of the goals set by UNICEF [3].

Since the early 2000s, women have accounted for approximately 25% of positive HIV test results in Canada. Women of reproductive age constitute the fastest-growing demographic affected by HIV infection in Canada [4]. This percentage is increasing due to the successful combination of antiretroviral therapy with low viral loads and the Prevention

of Mother-to-Child Transmission Program (PMTCT) [5], which has a transmission rate of less than 1% [6]. The PMTCT program aims to reduce vertical and sexual transmission of HIV and improve the postpartum retention of WLWHIV [7].

Globally, the rate of PWLWHIV increased from 1.5/1000 live births in 2010 to 3.3/1000 live births in 2021 [8]. HIV infection greatly impacts the quality of life of pregnant women and has a significant impact on childbirth and the postpartum period [9]. Without diagnosis and without prenatal and intrapartum care, the vertical transmission rate is around 28% [6]. With prenatal and perinatal care (antiretroviral treatment, undetectable viral load prior to the delivery, no amniotomy or with a duration of less than 4 h), the vertical transmission rate is reduced to less than 1–2% [4,9].

The satisfaction of the pregnant woman is an indicator of quality care, which is becoming increasingly important [10]. The concept of birth satisfaction is important for women, healthcare professionals, healthcare administrators and policymakers [11]. The satisfaction of women during childbirth has immediate and long-term effects on their health, the health of their children, family relationships, healthcare policies, breastfeeding and even population growth [12]. Using a definition from the literature, the childbirth experiences encompass the sensations and long-term memories of the pregnant woman, including emotions, a sense of well-executed work, competence, confidence and decision-making power [13]. These experiences are complex, multidimensional and subjective. It is generally based on the outcomes of the experiences, pre-existing expectations or desires and the differences between what was expected or desired and what was actually experienced [14]. The pregnant woman's perception of safety is identified as one of the key factors influencing childbirth satisfaction [15].

PWLWHIV have specific needs during the perinatal period because they require specific knowledge about the prevention of vertical transmission from mother to foetus, as well as guidance and knowledge about various aspects of childbirth and newborn care [16]. PWLWHIV not only experience the usual doubts and anxieties of childbirth but also face challenges and uncertainties related to the virus itself [17]. Discrimination against these patients is still a major issue today [18,19].

The experiences of childbirth hold both immediate and long-term implications for a woman's health and overall well-being. It can be a positive and empowering life event, mainly for PWLWHIV. PWLWHIV's positive experiences of childbirth are often associated with expectations and have been found to have an impact on further treatment and their relationship with their child. Negative childbirth experiences have been associated with a greater likelihood of post-traumatic disorders, including postpartum depression. In addition, they can have a negative impact on the process of providing healthcare for the newborn and contribute to fostering fear of future childbirth experiences [20,21].

There is a significant body of evidence available regarding the childbirth experiences among pregnant women in general, antiretroviral therapy for Pregnant Women Living with HIV (PWLWHIV), as well as maternal–foetal vertical transmission of HIV. However, there remains a gap in understanding the specific childbirth experiences of PWLWHIV, encompassing the unique challenges and situations they encounter during this process. Therefore, there is a need to review the literature regarding the childbirth experiences of PWLWHIV. This evaluation aims to ascertain whether these experiences align with those of the broader pregnant population, identifying areas for potential improvement. Moreover, it seeks to explore any cultural and geographical variations that might exist in these experiences. Thus, a scoping review was developed, as it is the best indication to determine how much scientific literature covers a certain topic and give a clear indication of the volume of literature and studies available on this subject. It is very useful in examining emerging evidence that is not yet clear to map the existing knowledge on a specific theme or key question [22–24].

A scoping review was undertaken to explore the literature on the childbirth experiences of PWLWHIV. The objective was to uncover potential differences from the experiences of low-risk pregnant women and to determine whether positive childbirth experiences

could enhance postpartum care, thereby facilitating the administration of antiretroviral drugs.

2. Methodology

A scoping review was developed, based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA guidelines) [25–28]. This review aims to map the available evidence on the childbirth experience of PWLWHIV from 2013 to 2023 (Supplementary S1, PRISMA Checklist).

Arksey and O'Malley [29] present a six-stage framework for conducting a scoping review, offering a systematic approach to literature search and a comprehensive foundation for guidance. However, in this particular study, the optional sixth stage involving consultation with practitioners and consumers was not employed, resulting in our framework comprising five stages. A protocol was established, involving two independent researchers who worked in a blinded manner to each other, aiming to minimize the potential for errors (DOI 10.17605/OSF.IO/WX52K) [29]. The research question was formulated using the Population, Concept and Context (PPC) strategy (Table 1), as recommended by the Joanna Briggs Institute Protocol (JBI) [23,24,27,30–33].

Table 1. PPC.

P-population	Pregnant women living with HIV
C-concept	Satisfaction or experience of pregnant women at childbirth
C-context	Childbirth

Stage 1: identify the research.

According to Arksey and O'Malley (2005) [34], stage one involves developing a question for the scoping review. To address this, the mnemonic PPC (Population, Concept and Context) was used. The population is pregnant women living with HIV (PWLWHIV). The concept is the personal experience or satisfaction of pregnant women during their own childbirth journey and the context of concurrently or subsequently caring for childbearing PWLWHIV.

The research question is as follows:

1. Is there evidence of the level of personal experience or satisfaction of PWHIV during their childbirth journey?

Stage 2: identify relevant studies.

The second stage of the framework is to identify relevant studies [34]. Following the definition of the research question, selection criteria were developed.

Inclusion criteria: studies involving PWLWHIV from 2013 to 2023 that evaluated their childbirth experience. No study was excluded based on the language of publication. All studies that investigated the childbirth experience of PWLWHIV, including both qualitative and quantitative studies, were included.

Exclusion criteria: studies that evaluated only mother-to-child transmission of HIV, the effectiveness of cARTS (combined antiretroviral drugs) or the evaluation of stigma and discrimination related to HIV infection. All studies conducted only during prenatal care were excluded. Editorials, reviews, case studies and opinion articles were excluded.

The search encompassed the following databases: MEDLINE, PUBMED, WEB of SCIENCE, Clinical trials org. The literature review was made by two independent researchers based on the following keywords: childbirth, experience, satisfaction, HIV, humaniz*, parturition, birth, perceived safety, maternal satisfaction, healthcare professional and midwi*.

After the completion of work by the two researchers, a comparison was made regarding the articles selected by both researchers. In cases where discrepancies arose between their selections, a third researcher made the final decision regarding the inclusion of the particular article. The process of screening the data was carried out by reporting items

for further systematic observation and potential inclusion in meta-analysis (PRISMA) (Figure 1) [25,28].

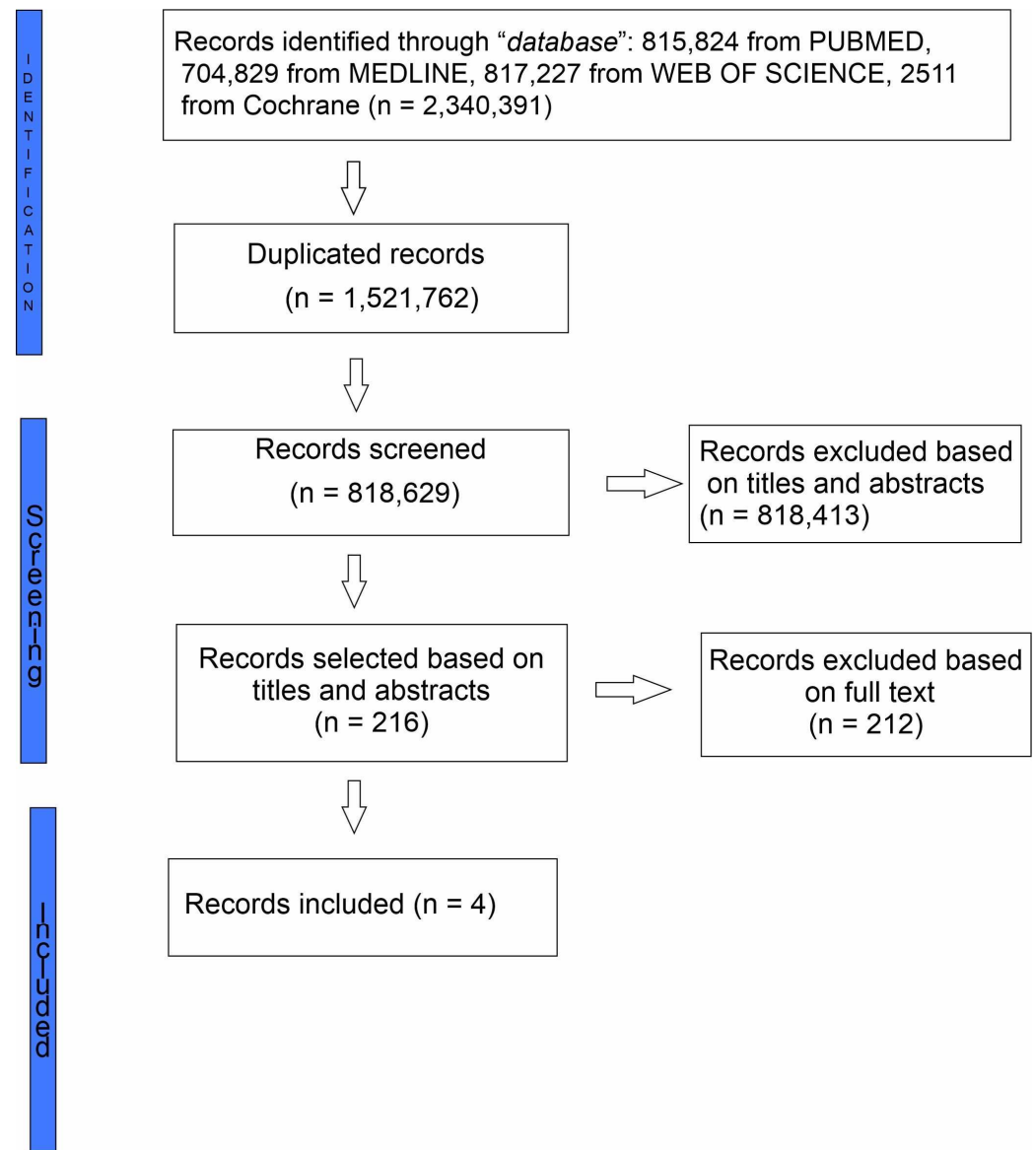


Figure 1. PRISMA flow diagram depicting the literature search methodology.

Stage 3: study selection

The study selection framework initially included 2,340,393 articles: 815,824 from PUBMED, 704,829 from SCOPUS/MEDLINE, 817,227 from Web of Science and 2511 from Cochrane. Among these, 1,521,762 duplicates were identified and subsequently removed. The 818,629 remaining studies underwent a review based on their titles and abstracts. Articles were included if the title indicated any information about PWLWHIV regarding childbirth or women's personal experiences. Out of the initial pool, comprising 216 articles that underwent full-text review, upon closer examination, only 4 studies met the inclusion criteria for the scoping review (Supplementary S2).

A scoping review [34] addressing the experiences of PWLWHIV was identified. However, this particular review primarily focuses on the pregnancy experience, specifically emphasising prenatal and antenatal care. Consequently, it does not aim to explore the childbirth experience within its scope.

Stage 4: charting the data

The analysis of these 4 studies involved identifying the publication year, study type, characteristics and amount of the included population, examination of inclusion criteria, study location, variables encompassed in the study and the primary outcomes or main results.

Stage 5: collating, summarising and reporting

Each phase was extensively researched to ensure the broadest inclusion of studies. A search was also conducted using the keyword “HIV,” with the intention of encompassing all studies related to HIV, specifically seeking those that centred on the childbirth experiences of PWLWHIV. Most studies on childbirth aimed to evaluate vertical transmission between mother and foetus or antenatal/prenatal care.

3. Results

The characteristics of the included studies are displayed in Table 2.

Table 2. Characteristics of the included studies ($n = 4$).

No	Title/Author/Year	Country	Aim	Type of Research	Data Collection	Sample Size	Results
1	Between the Woman and saving the baby: HIV positive women’s experience of giving birth (Bellotto et al., 2019 [35])	Brazil	To analyse the experience of childbirth of women living with HIV.	Qualitative approach and psychological analysis	Many in-depth interviews for each woman living with HIV	6 women living with HIV	Women living with HIV expressed greater concern about ensuring the health of their newborn, preventing transmission of HIV, rather than focusing on their own childbirth experience. Only two women who had previously undergone childbirth were concerned about their own experience and autonomy during the process.
2	“Why are you pregnant? What were you thinking?: How women navigate experiences of HIV-related stigma in medical settings during pregnancy and birth. (Greene et al., 2016 [4])	Canada	To understand and respond to women’s unique experiences and psychological challenges during pregnancy and birth.	Qualitative study	Narrative interviews	66 pregnant women living with HIV	The narratives of women living with HIV reveal the environments where stigmatising practices arise as these women seek perinatal care and support. Additionally, these narratives shed light on the correlation between HIV-related stigma, disclosure, and their profound impact on women’s pregnancy and childbirth experiences.
3	Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: Are women living with HIV more vulnerable? (Sando et al., 2014 [36])	Tanzania	To explore instances of disrespect and abuse during childbirth in Tanzania, the study aimed to compare experiences between pregnant women living with HIV and those not living with HIV.	Prospective qualitative study (interview)	Mixed-method design post-partum interviews, direct observation (208), in-depth interviews (18), health care provider self-report (50)	HIV + 147 (7%) HIV – 1807 (91%) 2% unknown HIV status	Among women living with HIV and those who are HIV negative, 12.2% and 15.0% respectively reported experiencing disrespect and abuse during childbirth ($p = 0.37$). No significant differences were found between the experiences of women living with HIV and HIV-negative women in various forms of disrespect and abuse, except for women living with HIV, who exhibited higher odds of reporting non-consented care ($p = 0.03$).
4	Previous experiences of pregnancy and early motherhood among women living with HIV: a latent class analysis. (Fortin-Hughes et al., 2019 [37])	Canada	To analyse how previous childbirth experiences influence the current childbirth experience.	Multicentric study in Canada Cohort Study	Survey/questionary	905 women living with HIV	The analysis revealed that the majority (70.8%) of pregnancies occurred before the HIV diagnosis. A four-class maternity experience model was identified, comprising the following categories: “overall positive experience” (40%), “positive experience with postpartum challenges” (23%), “overall mixed experience” (14%), and “overall negative experience” (23%). Furthermore, no correlations were found between the timing of HIV diagnosis (before, during, or after pregnancy) and the identified patterns of childbirth experience.

All 4 studies [4,35–37] were carried out between 2014 and 2019. The studies were conducted in North America (Canada) ($n = 2$, 50%), Africa (Tanzania) ($n = 1$, 25%), and 1 in South America (Brazil) ($n = 1$, 25%).

Regarding methodology, all studies are original investigations: qualitative study ($n = 3$, 75%) and multicentric study of cohort ($n = 1$, 25%).

Regarding data collection instruments, the studies used interviews and questionnaires in most cases ($n = 3$, 75%), while one study ($n = 1$, 25%) incorporated direct observations of health professionals in addition to interviews (Table 1).

Regarding the selected population, 50% the studies were conducted exclusively with PWLWHIV ($n = 2$), while the remaining studies did not exclusively focus on them ($n = 2$, 50%). In one study, the diagnosis of HIV infection was confirmed years after the delivery occurred (Table 1).

When analysing the included studies, three main themes emerged: assessing the quality of the childbirth experience, vulnerability and autonomy.

3.1. Analysing the Quality of Childbirth Experiences

All four studies (100%) focused on exploring or analysing the experience of childbirth. Of these, the studies conducted exclusively with Pregnant Women Living with HIV (PWLWHIV) had a relatively small number of women included, with participant counts of 6 [35] and 66 [4], respectively. The remaining two studies included a larger number of pregnant women, including mothers without HIV infection [36,37]. However, these studies specifically analysed the importance of HIV status among the participants [36,37].

In three of these studies [4,35,37], only 30% to 40% of PWLWHIV reported having had a positive experience during labour. In contrast, in the other study, the majority of PWLWHIV (85%) rated their childbirth experience as positive [36]. Among the main complaints of PWLWHIV are the lack of involvement in the decision-making process regarding the method of delivery, insufficient guidance during prenatal care, minimal use of pain relief techniques and a lack of humanised care during childbirth [36].

3.2. Vulnerability

Of the two studies that examined the vulnerability of PWLWHIV [35,36], contrasting results were observed. Sando et al. [36] concluded that PWLWHIV did not show increased vulnerability compared to pregnant women without HIV infection. Bellotto et al. [35], on the other hand, found a different result. Their study indicated that PWLWHIV were more vulnerable, as they expressed greater concern about “saving the baby”—specifically, preventing vertical transmission of HIV—compared to prioritising their own childbirth experience. According to the author’s findings, a recurring fear of death or potential debilitation of the baby was observed, which suggests that the woman’s sense of guilt about having HIV was transferred onto the status of the child [35].

3.3. Autonomy of PWLWHIV

Of the studies analysed, only one [35] addressed the autonomy of PWLWHIV. Bellotto noted the insufficient attention given to the preferences and concerns of PWLWHIV regarding childbirth. The authors stressed that PWLWHIV were subjected to excessive medicalisation and suffered a loss of autonomy during childbirth. This lack of autonomy was exacerbated by the fear and guilt associated with the risk of vertical transmission, compounded by the emphasis placed on policies and health professionals [35].

4. Discussion

Pregnancy is an important time for testing and treating HIV [38]. The PWLWHIV’s experience during childbirth is critical for evaluating healthcare and the healthcare system, as well as maternity care [12]. Recognising and respecting the needs and desires of pregnant women are crucial in assessing maternity care and improving healthcare systems [39]. This is one of the goals of the 2030 Agenda for SDGs [1,2].

This review identified a gap in the literature regarding the evaluation of childbirth experiences of PWLWHIV. However, this subgroup is increasing every day. Initially, scientific studies focused on reducing the vertical transmission of HIV from mother to child. Now that this problem is minimised, we need to analyse the quality of childbirth experiences for PWLWHIV [28]. A positive childbirth experience may potentially enhance the adherence of PWLWHIV to the HIV care of their newborns.

This lack of quantitative studies on the childbirth experience of PWLWHIV was highlighted by Cichowitz [17,35], who specifically drew attention to the fact that studies prioritise the evaluation of vertical transmission of HIV and the retention of PWLWHIV in postnatal care and childcare services. Regarding these points, there are systematic reviews and meta-analyses in the literature. One systematic review draws attention to the fact that engagement in postnatal care depends on partner involvement, social support and childbirth experience [40]. Cichowitz [17] debates how the childbirth experience of PWLWHIV can influence adherence to the PMTCT in the postnatal period.

The four identified studies had small sample sizes, and none of them were thoroughly conducted with a specific focus on studying the childbirth experience of PWLWHIV. One study conducted by Fortin-Hughes et al. [37] analysed childbirths that had occurred up to 18 years before, and in these cases, the timing of HIV diagnosis was unknown. This lack of clarity regarding the HIV diagnosis timing might have introduced a notable bias in the recollection of the childbirth experience. Therefore, as the authors point out, despite the large number of women with HIV (905), the sample may not be representative of PWLWHIV, as many women did not have HIV at the time of childbirth [41].

Since the childbirth experience is difficult to measure, several questionnaires have been developed to assess all dimensions of this experience [10,42]. Blasquez's systematic review [12] on instruments used to measure patient satisfaction regarding childbirth experience included 17 high-quality studies in the literature, with the majority developed within Europe and related to healthy women with low-risk pregnancies. All questionnaires underwent reliability, content and validation aspects. According to this systematic review, the most widely used scale was the Mackey Childbirth Satisfaction Scale, which has been applied in the United States, Great Britain, the Netherlands, Belgium, Spain, Iran and Brazil [43–50]. Mackey's Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) questionnaire assesses two important dimensions of childbirth satisfaction: the first relates to the process of professional care (satisfaction with nurses, doctors, hospital and childbirth in general), and the other relates to personal satisfaction with the partner and family [43]. Those questionnaires gave a quantitative analysis to the qualitative studies that were found in this scoping review. Unfortunately, none of the four studies [4,35–37] used any questionnaire to outline women's profiles in the various spheres of biopsychosocial and cultural contexts, such as the Labour and Delivery Satisfaction Index (LADSI) [51], Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale [43], Women's View of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ) [52], Perceived Control in Childbirth Scale (PCCh) [53], and Women's delivery experience measures (MFRM) [54]. All four studies employed interview-based methodologies and exclusively conducted qualitative studies [4,35–37]. Measuring patient satisfaction is not easy. For a comparative analysis between women, institutions or the various facets of labour care, a quantitative measure is essential [53,55]. A satisfaction questionnaire (instrument) must consider a range of potential dimensions, including continuity of care, availability of carers, access, interpersonal skills and technical competence [55]. "Home-made" satisfaction questionnaires or just interviews tend to overestimate satisfaction, as do those which ask questions about satisfaction in general terms [52].

The narratives provided by PWLWHIV in these studies unveiled the settings where stigmatising practices arise while these women seek perinatal care and support. Additionally, these narratives shed light on the correlation between HIV-related stigma, disclosure and the consequential impact on women's pregnancy and childbirth experiences [35]. Pregnant Women Living with HIV often experience mixed emotions: a sense of joy and fulfilment associated with maternity and childbirth, juxtaposed with feelings of fear, anxiety,

and isolation [56]. PWLWHIV also experience stigma and discrimination when reaching the medical care system. On the other hand, it is revealed that, after knowing the treatment conditions (cART), they feel more secure and hopeful. It has been reported that through a multidisciplinary approach and emotional support during challenging periods, PWLWHIV rely on faith and the desire to live on, aiming to care for their children and witness their healthy growth and development. Health professionals play a crucial role in elucidating the distinctions between HIV infection and AIDS while also providing information about the effectiveness of combination antiretroviral therapy (cART) [57].

According to Hernandez et al. (2019), previously diagnosed PWLWHIV see pregnancy as an opportunity to overcome and materialise a correctly performed treatment, whereas PWLWHIV newly diagnosed during prenatal care may feel guilty, shaken and without the emotional structure to carry the pregnancy forward.

Childbirth care should follow general WHO recommendations. Any procedure that increases the baby's contact with the mother's blood, a break in the baby's skin, such as scalp electrodes or suction cups, should be avoided due to the risk of increasing vertical transmission [58].

Like all healthcare consumers, PWLWHIV have the right to make autonomous decisions about their medical care. This includes the ability to decline to follow medical advice, guidelines or policy. In alignment with the guidelines of the World Health Organization [59], patients are entitled to several rights, including the right to information, informed consent or informed refusal and respect for their choices and preferences. They also have the right to confidentiality and privacy, to be treated with dignity and respect, to receive quality healthcare free from any form of violence and to be treated equally without discrimination. Additionally, patients have the right to receive the best and safe healthcare services and to exercise freedom, autonomy and self-determination, including the right not to be coerced.

The negative experiences of childbirth have become increasingly common nowadays. These negative experiences can cause postpartum psychological trauma (PBT) and lead to post-stress disorder (PTSD) [20,59]. Taheri et al. [60] carried out a systematic review of randomised clinical trials and a subsequent meta-analysis with the aim of identifying antenatal and intrapartum care practices that serve to prevent negative birth experiences. Taheri [61] evaluated 8685 studies between 1994 and 2016 and selected 20 studies for a meta-analysis in low-risk pregnancies. This systematic review divided the practices into four main groups to improve the childbirth experience: support actions during childbirth for the pregnant woman, pain relief and relaxation techniques during childbirth, intrapartum care with minimal intervention and childbirth preparation. Successful strategies included the presence of a trained birth companion, relaxation through massage and music, childbirth with minimal interventions and the development of an individualised birth plan. The utilization of these practices should be encouraged by maternal–foetal health programs, which are based on promoting vaginal birth, high-quality maternal care and reductions in chronic psychological complications [61]. The negative experiences of childbirth are associated with PBT and PTSD, disruption of interpersonal relationships, lack of care for the newborn and increased rates of caesarean sections in future pregnancies. In pregnant women living with HIV, this factor becomes increasingly crucial, as mothers are required to uphold their adherence to treatment in the postpartum period and take responsibility for the care of their newborns, including administering medications to them [60]. Insufficient neonatal follow-up can potentially increase infection rates among newborns [62–66]. Kreitchmann et al. demonstrated a significant decrease in adherence to combination antiretroviral therapy (cART) during the postpartum period in a multicentre cohort study conducted in Latin America [67].

The mistreatment and disrespect suffered by pregnant women during childbirth are increasing worldwide. A systematic review conducted by Bohren [62] evaluated qualitative and quantitative studies on the physical, sexual and verbal abuse suffered by pregnant women in general. For PWLWHIV, the issue of stigma and discrimination intensifies.

A study conducted in Tanzania revealed that this mistreatment occurred in 14.8% of births [36].

Clouse et al. [60] studied 25 postpartum women between August and December 2016 (6 to 18 months postpartum period). Interviews were carried out to evaluate the continuity of child follow-up. The barriers identified included insufficient financial resources, disrespectful treatment by healthcare professionals, discrimination by healthcare providers, maternal lack of motivation and time constraints. This study underscored the crucial role of healthcare professionals and providers in ensuring a positive experience for any patient.

Like all healthcare consumers, PWLWHIV have the right to make autonomous decisions about their medical care. This encompasses the right to refuse to comply with medical advice, guidelines or policies. In accordance with the guidelines of the World Health Organization [63], the patient has the right to information, informed consent or informed refusal, and respect for their choices and preferences. They also have the right to confidentiality and privacy, to be treated with dignity and respect, to receive quality healthcare free from any form of violence and to be treated equally without discrimination. Additionally, patients have the right to receive the best and safest healthcare services and to exercise freedom, autonomy and self-determination, including the right not to be coerced [63,64].

The presence of a companion during childbirth is associated with a better childbirth experience for women [62,65,66]. In a study conducted in Ghana, Guinea and Nigeria, the absence of a companion is associated with higher rates of physical abuse, unauthorised and non-consensual interventions, lack of communication and respect [65]. The companion supports the pregnant woman in four distinct ways: providing emotional and physical support (including massage, verbal and physical encouragement, building trust), bridging the communication gap between healthcare professionals and the pregnant woman, facilitating pain relief through non-pharmacological alternative therapies (such as exercises, affection, music therapy) and advocating for the pregnant woman, safeguarding her privacy and preferences with healthcare professionals [62]. We did not come across any studies specifically addressing the presence of companions during childbirth for PWLWHIV.

From the perspective of the humanisation of childbirth care, non-pharmacological methods of pain relief can contribute to a positive childbirth experience. However, many hospitals do not have these methods available and/or do not have a proper work process and physical structure to employ them, either due to healthcare professionals' lack of knowledge or the excess of medical interventions [35]. Unnecessary interventions, which the World Health Organisation considers unacceptable in humanised childbirth, have increased [63].

Qin et al. [68] analysed the psychological disorders of 194 PWLWHIV between June 2012 and August 2016 using anxiety and depression questionnaires, Berger's HIV stigma scale or problem lists. The positive detection rate was 69.1%. The anxiety rate was 60.8%, and the depression rate was 54.1%. The demographic and social characteristics did not influence these rates. We excluded this study because it did not analyse the childbirth experience, despite examining the emotional aspects of pregnancy. However, it is important to show that PWLWHIV have more psychological problems than HIV-negative pregnant women [68].

A study in India showed that empowered women have a lower risk of negative childbirth experiences and obstetric violence [69]. Empowered women, driven by their self-assurance and awareness of their rights, assertively advocate for greater respect for their autonomy and preferences, reducing the likelihood of experiencing abuse and mistreatment within healthcare services. The fact is that we did not find any study on the positive or negative childbirth experiences of pregnant women living with HIV. Adverse experiences during childbirth can lead to psychological and emotional disturbances, potentially acting as barriers to adherence to postpartum treatment for women living with HIV and their children. It is essential that the health system prioritises respect for women, promotes and safeguards their dignity and, thus, increases their confidence [17].

5. Conclusions

The aim of this scoping review was to comprehensively explore and assess the quality of childbirth experiences among PWLWHIV and to identify the various factors associated with these experiences. It was identified as an area in the literature that is still lacking in terms of studies that need further research and clarification. Pregnancy in the presence of HIV does not necessarily mitigate the positive feelings of childbirth and motherhood, but it certainly instils fear and requires certain precautions to prevent vertical transmission and maintain a positive childbirth experience. It is a challenge for PWLWHIV and healthcare professionals to equally prioritise the prevention of vertical transmission of HIV and the humanisation of childbirth. The second major challenge is to reduce the negative childbirth experience, which has been increasing among pregnant women in general [70–77].

While recognising the need to adhere to prophylaxis protocols to prevent mother-to-child transmission and the essential medical interventions involved, it remains crucial to prioritise a humanised approach to childbirth for PWLWHIV. Empowering PWLWHIV to make decisions regarding birthing positions and delivery methods, as long as the viral load remains undetectable, is essential to promote a more humane birth experience. PWLWHIV must also have the choice of exploring non-pharmacological methods for pain relief. They can also have the presence of a companion during the entire childbirth process [78,79].

For our society, according to the Universal Declaration of Bioethics and Human Rights [80], the autonomy of PWLWHIV should always be guaranteed and encouraged [81–83].

6. Areas for Further Research

Further research is essential to evaluate the potential impact of comprehensive prenatal care and childbirth education in mitigating the fears experienced by women living with HIV during pregnancy and delivery. Additionally, emphasizing informed rights during prenatal care may aid in fostering positive childbirth experiences. Addressing this informational aspect during prenatal care could potentially reduce the discontinuity between prenatal care and childbirth [35]. Moreover, continued education for healthcare professionals is crucial to increase the involvement of PWLWHIV in decisions regarding their childbirth experiences [84–86].

Conducting additional studies to assess the satisfaction levels of PWLWHIV regarding their childbirth experiences is imperative, using a quantitative and validated data collection instrument, such as the Labour and Delivery Satisfaction Index (LADSI) [51], Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale [43], Women’s View of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ) [52], Perceived Control in Childbirth Scale (PCCh) [53], and Women’s delivery experience measures (MFRM) [54].

Supplementary Materials: The following supporting information can be downloaded at: <https://www.mdpi.com/article/10.3390/children11060743/s1>, Supplementary S1: PRISMA Checklist; Supplementary S2: Screening Database. Reference [87] is cited in the Supplementary Materials.

Author Contributions: Conceptualization: A.P.d.A. and F.R.; database research and validation: A.P.d.A., J.F.d.R.F. and C.B.H.; writing: A.P.d.A., J.F.d.R.F., C.B.H. and F.R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Acknowledgments: The authors would like to thank the Bioethics Program of the Faculty of Medicine of University of Porto for all the resources provided for the study.

Conflicts of Interest: The authors have non-financial interests to disclose. The authors have no competing interests to declare that are relevant to the content of this article. The authors have no conflicts of interest.

References

1. Nunes, A.R.; Lee, K.; O’riordan, T. The Importance of an Integrating Framework for Achieving the Sustainable Development Goals: The Example of Health and Well-Being. 2023. Available online: <http://gh.bmj.com/> (accessed on 6 September 2023).

2. Marchant, T.; Bhutta, Z.A.; Black, R.; Grove, J.; Kyobutungi, C.; Peterson, S. Advancing measurement and monitoring of reproductive, maternal, newborn and child health and nutrition: Global and country perspectives Handling editor Seye Abimbola. *BMJ Glob. Health* **2019**, *4*, 111–113. [CrossRef] [PubMed]
3. Reproductive Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (RMNCAH) | UNICEF Uganda [Internet]. Available online: <https://www.unicef.org/uganda/what-we-do/rmncah> (accessed on 6 September 2023).
4. Greene, S.; Ion, A.; Kwaramba, G.; Smith, S.; Loutfy, M.R. “Why are you pregnant? What were you thinking?”: How women navigate experiences of HIV-related stigma in medical settings during pregnancy and birth. *Soc. Work Health Care* **2016**, *55*, 161–179. [CrossRef] [PubMed]
5. Redmond, A.M.; Mcnamara, J.F. The road to eliminate mother-to-child HIV transmission, O caminho para eliminação da transmissão vertical do HIV. *J. Pediatr. (Versão Port.)* **2015**, *91*, 509–511.
6. Available online: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv> (accessed on 11 June 2024).
7. Geldsetzer, P.; Yapa, H.M.N.; Vaikath, M.; Ogbuonji, O.; Fox, M.P.; Essajee, S.M.; Negussie, E.K.; Bärnighausen, T. A systematic review of interventions to improve postpartum retention of women in PMTCT and ART care. *J. Int. AIDS Soc.* **2016**, *19*, 20679. [CrossRef] [PubMed]
8. UNAIDS Brasil—Website institucional do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS (UNAIDS) no Brasil. [Internet]. Available online: <https://unaids.org.br/> (accessed on 6 September 2023).
9. de Nazaré Mota Trindade, L.; Nogueira, L.M.V.; Rodrigues, I.L.A.; Ferreira, A.M.R.; Corrêa, G.M.; Andrade, N.C.O. HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care. *Rev. Bras. Enferm.* **2021**, *74* (Suppl. S4), e20190784.
10. Redshaw, M. Women as consumers of maternity care: Measuring “satisfaction” or “dissatisfaction”? *Birth* **2008**, *35*, 73–76. [CrossRef] [PubMed]
11. Jenkins, M.G.; Ford, J.B.; Morris, J.M.; Roberts, C.L. Women’s expectations and experiences of maternity care in NSW—What women highlight as most important. *Women Birth* **2014**, *27*, 214–219. [CrossRef] [PubMed]
12. Alfaro Blazquez, R.; Corchon, S.; Ferrer Ferrandiz, E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery* **2017**, *55*, 103–112. [CrossRef] [PubMed]
13. Zhang, X.; Lu, H. Childbirth expectations and correlates at the final stage of pregnancy in Chinese expectant parents. *Int. J. Nurs. Sci.* **2014**, *1*, 151–156.
14. Batbaatar, E.; Dorjdagva, J.; Luvsannyam, A.; Amenta, P. Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspect. Public Health* **2015**, *135*, 243–250. [CrossRef]
15. Mukamurigo, J.; Berg, M.; Nyirazinyoye, L.; Bogren, M.; Dencker, A. Women’s childbirth experience emphasizing own capacity and safety: A cross-sectional Rwandan study. *Women Birth* **2021**, *34*, e146–e152. [CrossRef] [PubMed]
16. Montgomery, K.S. Childbirth Education for the HIV-Positive Woman. *J. Perinat. Educ.* **2003**, *12*, 16–26. [CrossRef] [PubMed]
17. Cichowitz, C.; Watt, M.H.; Mmbaga, B.T. Childbirth experiences of women living with HIV: A neglected event in the prevention of mother-to-child transmission care continuum. *AIDS* **2018**, *32*, 1537–1539. [CrossRef] [PubMed]
18. Turan, J.M.; Hatcher, A.H.; Medema-Wijnveen, J.; Onono, M.; Miller, S.; Bukusi, E.A.; Turan, B.; Cohen, C.R. The Role of HIV-Related Stigma in Utilization of Skilled Childbirth Services in Rural Kenya: A Prospective Mixed-Methods Study. *PLoS Med.* **2012**, *9*, e1001295. [CrossRef] [PubMed]
19. Medema-Wijnveen, J.S.; Onono, M.; Bukusi, E.A.; Miller, S.; Cohen, C.R.; Turan, J.M. How Perceptions of HIV-Related Stigma Affect Decision-Making Regarding Childbirth in Rural Kenya. *PLoS ONE* **2012**, *7*, e51492. [CrossRef] [PubMed]
20. Susan, A.; Harris, R.; Sawyer, A.; Parfitt, Y.; Ford, E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *J. Affect Disord.* **2009**, *119*, 200–204. [CrossRef] [PubMed]
21. Yildiz, P.D.; Ayers, S.; Phillips, L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect Disord.* **2017**, *208*, 634–645. [CrossRef] [PubMed]
22. Munn, Z.; Peters, M.D.J.; Stern, C.; Tufanaru, C.; McArthur, A.; Aromataris, E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med. Res. Methodol.* **2018**, *18*, 143. [CrossRef] [PubMed]
23. Munn, Z.; Pollock, D.; Khalil, H.; Alexander, L.; McInerney, P.; Godfrey, C.M.; Peters, M.; Tricco, A.C. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evid. Synth.* **2022**, *20*, 950–952. [CrossRef]
24. Peters, M.; Godfrey, C.; McInerney, P.; Soares, C.; Khalil, H.; Parker, D. *Methodology for JBI Scoping Reviews*; 2015; pp. 1–24. Available online: <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf> (accessed on 11 June 2024).
25. Liberati, A.; Altman, D.G.; Tetzlaff, J.; Mulrow, C.; Gøtzsche, P.C.; Ioannidis, J.P.A.; Clarke, M.; Devereaux, P.J.; Kleijnen, J.; Moher, D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Ann. Intern. Med.* **2009**, *151*, W-65–W-94. [CrossRef]
26. Hutton, B.; Salanti, G.; Caldwell, D.M.; Chaimani, A.; Schmid, C.H.; Cameron, C.; Ioannidis, J.P.A.; Straus, S.; Thorlund, K.; Jansen, J.P.; et al. The PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Reviews Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions: Checklist and Explanations. *Ann. Intern. Med.* **2015**, *162*, 777–784. [CrossRef]
27. Tricco, A.C.; Lillie, E.; Zarin, W.; O’Brien, K.K.; Colquhoun, H.; Levac, D.; Moher, D.; Peters, M.D.J.; Horsley, T.; Weeks, L.; et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann. Intern. Med.* **2018**, *169*, 467–473. [CrossRef] [PubMed]

28. Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D.G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ* **2009**, *339*, b2535. [CrossRef] [PubMed]
29. de Azevedo, A.P.; Hofer, C.B. Scoping Review of Childbirth Experience in Pregnant Women Living with HIV Virus. 2023. Available online: <https://osf.io/wx52k/> (accessed on 4 June 2023).
30. The Scoping Review and Summary of the Evidence—JBI Manual for Evidence Synthesis—JBI Global Wiki [Internet]. Available online: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355598371/1.+JBI+Systematic+Reviews> (accessed on 11 June 2024).
31. Peters, M.D.J.; Marnie, C.; Tricco, A.C.; Pollock, D.; Munn, Z.; Alexander, L.; McInerney, P.; Godfrey, C.M.; Khalil, H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid. Synth.* **2020**, *18*, 2119–2126. [CrossRef] [PubMed]
32. Pollock, D.; Tricco, A.C.; Peters, M.D.; McInerney, P.A.; Khalil, H.; Godfrey, C.M.; Alexander, L.A.; Munn, Z. Methodological quality, guidance, and tools in scoping reviews: A scoping review protocol. *JBI Evid. Synth.* **2022**, *20*, 1098–1105. [CrossRef] [PubMed]
33. Tricco, A.C.; Khalil, H.; Holly, C.; Feyissa, G.; Godfrey, C.; Evans, C.; Sawchuck, D.; Sudhakar, M.; Asahngwa, C.; Stannard, D.; et al. Rapid reviews and the methodological rigor of evidence synthesis: A JBI position statement. *JBI Evid. Synth.* **2022**, *20*, 944–949. [CrossRef] [PubMed]
34. Arksey, H.; O'malley, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.* **2005**, *8*, 19–32. [CrossRef]
35. Bellotto, P.C.B.; Lopez, L.C.; Piccinini, C.A.; Gonçalves, T.R. Entre a mulher e a salvação do bebê: Experiências de parto de mulheres com HIV. *Interfac—Comun. Saúde Educ.* **2019**, *23*, e180556. [CrossRef]
36. Sando, D.; Kendall, T.; Lyatuu, G.; Ratcliffe, H.; McDonald, K.; Mwanyika-Sando, M.; Emil, F.; Chalamilla, C.; Langer, A. Disrespect and Abuse during Childbirth in Tanzania: Are Women Living with HIV More Vulnerable? *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* **2014**, *67*, S228–S234. [CrossRef]
37. Fortin-Hughes, M.; Proulx-Boucher, K.; Rodrigue, C.; Otis, J.; Kaida, A.; Boucoiran, I.; Greene, S.; Kennedy, L.; Webster, K.; Conway, T.; et al. Previous experiences of pregnancy and early motherhood among women living with HIV: A latent class analysis. *AIDS Care* **2019**, *31*, 1427–1434. [CrossRef]
38. Psaros, C.; Remmert, J.E.; Bangsberg, D.R.; Safren, S.A.; Smit, J.A. Adherence to HIV Care after Pregnancy among Women in Sub-Saharan Africa: Falling Off the Cliff of the Treatment Cascade Compliance with Ethics Guidelines Conflict of Interest HHS Public Access. *Curr. HIV/AIDS Rep.* **2015**, *12*, 1–5. [CrossRef] [PubMed]
39. Chabbert, M.; Panagiotou, D.; Wendland, J. Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *J. Reprod. Infant Psychol.* **2021**, *39*, 43–66. [CrossRef] [PubMed]
40. Hoffman, R.M.; Phiri, K.; Parent, J.; Grotts, J.; Elashoff, D.; Kawale, P.; Yeatman, S.; Currier, J.S.; Schooley, A. Factors associated with retention in Option B+ in Malawi: A case control study. *J. Int. AIDS Soc.* **2017**, *20*, 21464. [CrossRef] [PubMed]
41. Muzyamba, C.; Groot, W.; Tomini, S.M.; Pavlova, M. The usefulness of traditional birth attendants to women living with HIV in resource-poor settings: The case of Mfuwe, Zambia. *Trop. Med. Health* **2017**, *45*, 37. [CrossRef] [PubMed]
42. Sawyer, A.; Ayers, S.; Abbott, J.; Gyte, G.; Rabe, H.; Duley, L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth* **2013**, *13*, 108. [CrossRef] [PubMed]
43. Goodman, P.; Mackey, M.C.; Tavakoli, A.S. Factors related to childbirth satisfaction. *J. Adv. Nurs.* **2004**, *46*, 212–219. [CrossRef] [PubMed]
44. Caballero, P.; Delgado-García, B.E.; Orts-Cortes, I.; Moncho, J.; Pereyra-Zamora, P.; Nolasco, A. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth* **2016**, *16*, 78. [CrossRef]
45. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; Barona-Vilar, C.; Carreguí-Vilar, S.; Ibáñez-Gil, N.; Margaix-Fontestad, L.; Escribà-Agüir, V. *Gaceta Sanitaria*; Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): Barcelona, Spain, 2012; Volume 26, pp. 236–242. Available online: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300009&lng=es&nrm=iso&tng=es (accessed on 11 June 2024).
46. Moudi, Z.; Tavousi, M. Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What Are the Psychometric Properties? *Nurs. Midwifery Stud.* **2016**, *5*, e29952. [CrossRef]
47. Kabakian-Khasholian, T.; Bashour, H.; El-Nemer, A.; Kharouf, M.; Sheikha, S.; El Lakany, N.; Barakat, R.; Elsheikh, O.; Nameh, N.; Chahine, R.; et al. Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab Countries. *Reprod. Health Matters* **2017**, *25*, S16–S26. [CrossRef]
48. Lopes, F.; Nakamura, M.U.; Nomura, R.M.Y. Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth* **2021**, *48*, 251–256. [CrossRef]
49. Lopes, F.; Júnior, N.C.; Nakamura, M.U.; Nomura, R.M.Y. Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. *Rev. Bras. Ginecol. Obs./RBGO Gynecol. Obstet.* **2019**, *41*, 371–378. [CrossRef] [PubMed]
50. Lopes, F.; Júnior, N.C.; Nakamura, M.U.; Nomura, R.M.Y. Psychometric properties of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* **2021**, *34*, 2173–2179. [CrossRef] [PubMed]
51. Lomas, J.; Dore, S.; Enkin, M.; Mitchell, A. The Labor and Delivery Satisfaction Index: The Development and Evaluation of a Soft Outcome Measure. *Birth* **1987**, *14*, 125–129. [CrossRef] [PubMed]
52. Smith, L.F.P.; Somerset, E. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: Dimensions, validity, and internal reliability. *Qual. Health Care* **2001**, *10*, 17–22. [CrossRef] [PubMed]

53. Stevens, N.R.; Wallston, K.A.; Hamilton, N.A. Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: A measure development study. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* **2012**, *33*, 15–24. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
54. Mannarini, S.; Boffo, M.; Bertucci, V.; Andrisani, A.; Ambrosini, G.; Professor, A. A Rasch-based dimension of delivery experience: Spontaneous vs. medically assisted conception. *J. Clin. Nurs.* **2013**, *22*, 2404–2416. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
55. Gibbins, J.; Thomson, A.M. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* **2001**, *17*, 302–313. [\[CrossRef\]](#)
56. Pacheco, B.P.; Nobre, C.M.G.; Costa, A.R.; Nornberg, P.K.O.; Medeiros, S.P.; Gomes, G.C. Human immunodeficiency syndrome in children: Repercussions for the family. *Rev. Enferm. UFPE Online* **2019**, *13*, 15–22. [\[CrossRef\]](#)
57. da Silva, C.B.; da Graça Corso da Motta, M.; Bellenzani, R. Experience of pregnancy and maternity by adolescents/young people born infected with HIV. *Rev. Bras. Enferm.* **2020**, *73* (Suppl. 4), 1–8. [\[CrossRef\]](#)
58. Hernandez, C.P.; Da Rocha, R.K.; Hausmann, A.; Appelt, J.B.; de Mattos Marques, C. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *J. Health Biol. Sci.* **2018**, *7*, 32–40. [\[CrossRef\]](#)
59. Nyberg, K.; Lindberg, I.; Öhrling, K. Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sex. Reprod. Healthc.* **2010**, *1*, 55–60. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
60. Clouse, K.; Motlhatlhedhi, M.; Bonnet, K.; Schlundt, D.; Aronoff, D.M.; Chakkalakal, R.; Norris, S.A. "I just wish that everything is in one place": Facilitators and barriers to continuity of care among HIV-positive, postpartum women with a non-communicable disease in South Africa HHS Public Access. *AIDS Care* **2018**, *30* (Suppl. 2), 5–10. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
61. Taheri, M.; Takian, A.; Taghizadeh, Z.; Jafari, N.; Sarafraz, N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod. Health* **2018**, *15*, 73. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
62. Bohren, M.A.; Berger, B.O.; Munthe-Kaas, H.; Tunçalp, Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2019**, *2019*, 211–219. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
63. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (accessed on 11 June 2024).
64. Dickens, B. I095 the FIGO Principles and Practice of Bioethics Curriculum. *Int. J. Gynecol. Obstet.* **2012**, *119*, S183–S184. [\[CrossRef\]](#)
65. Balde, M.D.; Nasiri, K.; Mehrdash, H.; Soumah, A.-M.; A Bohren, M.; Diallo, B.A.; Irinyenikan, T.A.; Maung, T.M.; Thwin, S.S.; Aderoba, A.K.; et al. Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: Results from a multi-country community-based survey. *BMJ Glob. Health* **2022**, *5* (Suppl. 2), e003564. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
66. Munkhondya, B.M.J.; Munkhondya, T.E.; Chirwa, E.; Wang, H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* **2020**, *20*, 48. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
67. Kreitchmann, R.; Harris, D.R.; Kakehasi, F.; Haberer, J.E.; Cahn, P.; Losso, M.; Teles, E.; Pilotto, J.H.; Hofer, C.B.; Jennifer, S. Antiretroviral Adherence During Pregnancy and Postpartum in Latin America. *AIDS Patient Care STDs* **2012**, *26*, 486–495. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
68. Qin, S.; Tan, Y.; Lu, B.; Cheng, Y.; Nong, Y. Survey and analysis for impact factors of psychological distress in HIV-infected pregnant women who continue pregnancy. *J. Matern. Neonatal Med.* **2018**, *32*, 3160–3167. [\[CrossRef\]](#)
69. Diamond-Smith, N.; Sudhinaraset, M.; Melo, J.; Murthy, N. The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. *Midwifery* **2016**, *40*, 114–123. [\[CrossRef\]](#)
70. Annborn, A.; Finnbogadóttir, H.R. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* **2022**, *105*, 103212. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
71. Martínez-Galiano, J.M.; Rodríguez-Almagro, J.; Rubio-Álvarez, A.; Ortiz-Esquinas, I.; Ballesta-Castillejos, A.; Hernández-Martínez, A. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 4930. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
72. De Sousa Carvalho, A.; Gomes, A.; Pedrosa, R.; Ribeiro, C.M.; De Assis, L.; Helvécio Kalil, J.; De Oliveira Nascimento E Silva, S.A. Violência obstétrica: A ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres [obstetric violence: The optics on the bioethic principles and rights of women]. *Braz. J. Surg. Clin. Res. BJSCR* **2019**, *26*, 52–58.
73. Jardim, D.M.B.; Modena, C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Lat. Am. Enferm.* **2018**, *26*, e3069. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
74. Council of Europe. Obstetrical and Gynaecological Violence. Available online: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en> (accessed on 11 June 2024).
75. Jewkes, R.; Penn-Kekana, L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med.* **2015**, *12*, e1001849. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
76. Viirman, F.; Hesselman, S.; Wikström, A.-K.; Svanberg, A.S.; Skalkidou, A.; Poromaa, I.S.; Wikman, A. Negative childbirth experience—What matters most? A register-based study of risk factors in three time periods during pregnancy. *Sex. Reprod. Healthc.* **2022**, *34*, 100779. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
77. Chabbert, M.; Rozenberg, P.; Wendland, J. Predictors of Negative Childbirth Experiences Among French Women. *JOGNN J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* **2021**, *50*, 450–463. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
78. Mohammed, B.H.; Johnston, J.M.; Vackova, D.; Hassen, S.M.; Yi, H. The role of male partner in utilization of maternal health care services in Ethiopia: A community-based couple study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2019**, *19*, 28. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)

79. Emelonye, A.U.; Vehviläinen-Julkunen, K.; Pitkääho, T.; Aregbesola, A. Midwives perceptions of partner presence in childbirth pain alleviation in Nigeria hospitals. *Midwifery* **2017**, *48*, 39–45. [[CrossRef](#)]
80. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2006. Available online: www.unesco.org/shs/ethics (accessed on 11 June 2024).
81. da Silva, A.F.P.M.; de Almeida, B.G.R.F.; Ribeiro, E.A.; Teixeira, L.C.; de Oliveira da Silva, P.C.P.; da Silva Ribeiro, A. Obstetric violence related to the loss of autonomy of the woman in the children's room. *Res. Soc. Dev.* **2021**, *10*, e22210514814.
82. Contreras, J.O.; Adrián, C.; Fernández, C.; Mella, M.; Villagrán, M.; Diaz, M.; Quiroz, J. Childbirth experiences of immigrant women in Chile: Trading human rights and autonomy for dignity and good care. *Midwifery* **2021**, *101*, 103047. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
83. Maier, B. Is the narrow concept of individual autonomy compatible with or in conflict with Evidence-based Medicine in obstetric practice?: A philosophical critique on the misapplication of the value concept "autonomy". *Woman—Psychosom. Gynaecol. Obstet.* **2014**, *1*, 40–49. [[CrossRef](#)]
84. Onchonga, D.; Várnagy, Á.; Keraka, M.; Wainaina, P. Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth. A qualitative interview study. *Sex. Reprod. Healthc.* **2020**, *25*, 100512. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
85. Kroll, C.; Murphy, J.; Poston, L.; You, W.; Premkumar, A. Cultivating the ideal obstetrical patient: How physicians-in-training describe pain associated with childbirth. *Soc. Sci. Med.* **2022**, *312*, 115365. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
86. Urbutė, A.; Paulionytė, M.; Jonauskaitė, D.; Machtejevienė, E.; Nadišauskienė, R.J.; Dambrauskas, Ž.; Dobožinskas, P.; Kliučinskas, M. Perceived changes in knowledge and confidence of doctors and midwives after the completion of the Standardized Trainings in Obstetrical Emergencies. *Medicina* **2017**, *53*, 403–409. [[CrossRef](#)]
87. Page, M.J.; McKenzie, J.E.; Bossuyt, P.M.; Boutron, I.; Hoffmann, T.C.; Mulrow, C.D.; Shamseer, L.; Tetzlaff, J.M.; Akl, E.A.; Brennan, S.E.; et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* **2021**, *372*, n71. [[CrossRef](#)]

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

9.2.ARTIGO 2:

THE CHILDBIRTH EXPERIENCE OF PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV VIRUS.de Azevedo, A.P.; Castro, L.; Hofer, C.B.; Rego, F.
The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus. *J. Clin. Med.* 2025, 14, 1975. <https://doi.org/10.3390/jcm14061975>





Article

The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus

Andréa Paula de Azevedo, Luisa Castro, Cristina Barroso Hofer and Francisca Rego





Article

The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus

Andréa Paula de Azevedo ^{1,2,*}, Luisa Castro ^{1,3} , Cristina Barroso Hofer ^{2,4} and Francisca Rego ¹

¹ Faculty of Medicine, University of Porto, 4200-319 Porto, Portugal; luisacastro@med.up.pt (L.C.); mfrego@med.up.pt (F.R.)

² Martagão Gesteira Childhood and Pediatric Institute, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 21941-612, Brazil

³ Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@RISE), Faculty of Medicine, University of Porto, 4200-319 Porto, Portugal

⁴ Department of Infectious Diseases, Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro 21941-630, Brazil

* Correspondence: andrea.azevedo@ippmg.ufrrj.br

Abstract: Objective: The aim of this study was to examine the childbirth satisfaction of pregnant women living with HIV virus (PWLWHIV) and its association with selected variables in order to improve it. **Methods:** A total of 82 PWLWHIV were interviewed at an Institute in Rio de Janeiro. Maternal satisfaction was measured using the Brazilian version of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, which was translated to Brazilian Portuguese by Lopes, who validated the translated version. The Mackey scale is divided into six subscales: self-evaluation, partner, baby, midwives, doctors, and overall satisfaction. **Results:** The PWLWHIV experienced a good total childbirth satisfaction (score 133 out of 165) and good overall childbirth satisfaction (score 12 out of 15). The PWLWHIV also experienced a good self-satisfaction (score 37.3 out of 45), good satisfaction with partner (score 8.96 out of 10), good satisfaction with midwives (score 35.1 out of 45), and good satisfaction with doctors (score 31.2 out of 45). The PWLWHIV also experienced satisfaction with their babies (score 8.48 out of 10). Significant associations were found through univariable and multiple regression analysis, regarding complications with baby at birth ($p < 0.001$) on the total, overall, self, partner, midwife, and doctor subscales. **Conclusions:** PWLWHIV had a positive experience at childbirth in the public maternities units of Rio de Janeiro. Our findings indicate that complications regarding baby health at birth were the main factor associated with a negative experience.

Keywords: childbirth; HIV; obstetrics; patient satisfaction; questionnaires



Academic Editor: Everett F. Magann

Received: 19 January 2025

Revised: 8 March 2025

Accepted: 9 March 2025

Published: 14 March 2025

Citation: de Azevedo, A.P.; Castro, L.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus. *J. Clin. Med.* **2025**, *14*, 1975. <https://doi.org/10.3390/jcm14061975>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Objective

The aim of this study was to examine the childbirth satisfaction of pregnant women living with HIV (PWLWHIV) and its association with selected variables in order to improve it.

2. Introduction

Maternal HIV (human immunodeficiency virus) infection is an important global health concern with many repercussions on perinatal outcomes [1]. Maternal HIV infection increases the risk of preterm birth, low birth weight, and small for gestational age newborns [1]. Additionally, maternal HIV infection has been linked to higher rates of preeclampsia, particularly in women receiving highly active antiretroviral therapy [2]. The prevalence of pregnant women living with HIV virus (PWLWHIV) varies globally and

regionally. Globally, HIV prevalence among pregnant women is estimated at 2.9% (95% CI, 2.4–3.4%) [3]. In Brazil, the HIV prevalence among pregnant women is generally less than 1% [4]. A national hospital-based study conducted between 2011 and 2012 found a prevalence of 0.4% [4]. Another study conducted in 2011 in public health centers in the central-west region of Brazil reported a prevalence of 1.59 cases per 1000 women [5]. These data indicate that, although the HIV prevalence among pregnant women in Brazil is relatively low, there are still significant regional variations according to PWLWHIV access to health services (between 0.2% to 1.59%) [5]. In sub-Saharan Africa, a systematic review and meta-analysis estimated the average HIV incidence rate among pregnant and breast-feeding women to be 3.6 per 100 person-years [6]. Another meta-analysis reported a pooled HIV incidence showing a substantial risk of HIV acquisition during pregnancy, particularly in high-prevalence settings [6,7].

Childbirth is a deeply significant and unique event for pregnant women living with HIV (PWLWHIV), marking an important milestone in their personal journey. As such, evaluating women's satisfaction with childbirth has become increasingly relevant to governments and healthcare providers, as it serves as a vital indicator of the quality of care received by the mother [8]. The experience of childbirth is crucial not only for the mother's well-being but also for fostering a strong bond between mother and baby [9,10]. A positive childbirth experience can strengthen this relationship, while traumatic experiences during labor and delivery can have lasting effects. For example, traumatic childbirth experiences may contribute to postpartum depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, which in turn can negatively impact mother–child interactions and bonding [11,12].

Given the potential emotional and psychological effects of childbirth, particularly for PWLWHIV, it is important for healthcare systems to provide not only physical care but also emotional and psychological support. This can help mitigate negative outcomes and promote healthier mother–baby relationships, ultimately improving both maternal and infant health [13,14].

A positive childbirth experience leaves an inheritance of all the good sensations and long-term memories of the pregnant woman, including emotions, a sense of well-executed work, competence, confidence and decision-making power [15]. The satisfaction of pregnant women with childbirth is influenced by various factors such as the actual outcomes of their experiences, their pre-existing expectations, and the discrepancies between what they anticipated and what they actually experienced [16]. For pregnant women living with HIV (PWLWHIV), additional factors come into play that affect their childbirth satisfaction. Key factors include the quality of care provided during childbirth, the level of support from healthcare professionals, management of HIV-related concerns, and the degree of autonomy that PWLWHIV experience during labor and delivery. The pregnant woman's perception of safety is identified as one of the key factors influencing childbirth satisfaction [17].

The satisfaction of PWLWHIV at childbirth is influenced by several factors, including the quality of care received at childbirth, the level of support from healthcare professionals, the management of HIV-related concerns, and the autonomy of PWLWHIV [18–20]. A significant challenge for PWLWHIV is the HIV-related stigma, which can manifest as shame and discrimination. This stigma negatively impacts their childbirth experience by reducing their willingness to disclose their HIV status, decreasing adherence to medical care, and limiting their use of skilled childbirth services. To improve both maternal and neonatal health outcomes, it is vital to address these issues by implementing stigma reduction strategies and providing supportive, non-discriminatory care.

HIV-related stigma, including shame and discrimination, negatively impacts the childbirth experience of PWLWHIV by reducing disclosure, adherence to care, and uti-

lization of skilled childbirth services. Addressing these issues through stigma reduction interventions and supportive care is crucial for improving maternal and neonatal health outcomes [21–23].

The evaluation of women's satisfaction with childbirth is crucial for enhancing obstetric care and ensuring a positive experience for both mothers and newborns [17]. While patient satisfaction is inherently challenging to measure, assessing women's experiences of childbirth is essential to gauge the quality of care provided [16]. This process requires reliable and valid tools to accurately measure satisfaction [12,24]. The instruments available for measuring satisfaction are highly varied and multidimensional, making it essential that these tools be tested and validated to ensure their reliability and relevance [25]. Reliability refers to a tool's ability to produce consistent results over time, while validity ensures that the instrument accurately measures what it is intended to—in this case, women's satisfaction with childbirth—rather than any related but unintended construct. Despite the availability of various tools for assessing satisfaction, there is considerable variability in their content and quality. Therefore, it is vital to evaluate and standardize these instruments to ensure that they are both reliable and valid, ultimately improving the quality of maternal care [25,26]. The tools used to measure women's satisfaction with childbirth are diverse and multidimensional, reflecting the complex nature of the childbirth experience. These instruments vary widely in their content, their focus, and the dimensions they measure, which makes it crucial for them to be tested and validated consistently.

By thoroughly assessing and validating these instruments, healthcare providers can use them more effectively to gather accurate feedback from women, leading to improvements in the quality of maternal care and a better understanding of the factors that contribute to satisfaction during childbirth [16,27].

The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale [28] is one of the most commonly used instruments for assessing women's satisfaction with childbirth, and it has been utilized in various countries, including the USA, the United Kingdom, the Netherlands, and Belgium [26,29–31].

Researchers have consistently tested the internal consistency of the scale using Cronbach's alpha, a measure of reliability. However, only three adaptations of the scale—two in Spain [32,33] and one in Iran [34]—have involved in-depth explorations of the factor structure and validation of the psychometric properties of their subscales. This thorough evaluation enhances the tool's usability and interpretability.

Overall, the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale demonstrates good validity and reliability for measuring satisfaction in women who have given birth to healthy newborns through vaginal delivery following a full-term pregnancy. Despite its effectiveness, the scale's main limitation is its length, with over 30 items, which can potentially lead to participant fatigue and reduce ease of use [35].

As the MCSRS had already been translated and validated into Brazilian Portuguese [36,37], we used it for evaluating the childbirth satisfaction of PWLWHIV.

3. Material and Methods

This was a prospective observational study conducted in a public prenatal care center of a public Childhood and Pediatrics Institute of Rio de Janeiro which cares for PWL-WHIV. At this institution, childbirth care is provided by doctors who are specialists in obstetrics and gynecology, infectiologists, and nurses. The PWLWHIV participated in the study twice: firstly, before they gave birth, when the sociodemographic questionnaire was applied, and secondly, after they gave birth when the birth and Mackey questionnaire (MCSRS) adapted to Brazil was applied. All the questionnaires were performed by the researcher, and they were filled out in a calm setting without interruptions. The researcher remained available

to answer any questions and to clarify any specific aspects of the questionnaire items. The doctors or midwives who provided the assistance were not informed of the study to avoid any bias.

Lopes and Nomura [36,37], who adapted the MCSRS for Brazil, authorized its use in this study.

The inclusion criteria were PWLWHIV 18 years old or older with gestational ages between 20 and 36 weeks, without anomalies.

The exclusion criteria were abortion, preterm birth, fetal death, and PWLWHIV who were not capable of understanding informed consent or the questionnaires. No PWL-WHIV had been excluded in this study by those criteria.

3.1. Sample Size

Considering a total population of 776 pregnant women living with HIV at Rio de Janeiro based on the prevalence of PWLWHIV at Rio de Janeiro annually (N), we defined a margin of error of 4 points (resulting in a confidence interval with an amplitude of 8 points), a confidence level of 95%, and a variance of 369 [36,37]. With these parameters, the calculation indicated a minimum sample of 80 participants. Therefore, we set a minimum sample size of 80 pregnant women for the study. For this study, all PWLWHIV that met the inclusion criteria were included until the minimum size was achieved, from June 2023 until December 2023.

3.2. Instruments

Sociodemographic data were collected through direct interviews. These included variables such as age, parity, how they self-identified ethnically, whether the woman was living with her partner, educational level, religious belief, habits, and any substance use issues, whether there was a companion at birth, and whether they received prenatal care.

The birth questionnaire was performed through a face-to-face interview. It encompassed the subjective level of pain, the weight and length of the baby, any complications in delivery, and the presence of a partner.

The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) is a 34-item scale measuring childbirth satisfaction. It contains five subscales representing the behaviors of the major participants in the event (self, nine items (Q3–Q11); partner, two items (Q12 and Q13); baby, three items (Q14–Q16); nurse, nine items (Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31, and Q33); physician, eight items (Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30, and Q32)); and one subscale for global overall labor and delivery evaluation (three items (Q1, Q2, and Q34)) [26]. In conformity with the 5-point Likert scale, each item had five choices for responses: (a) very dissatisfied; (b) dissatisfied; (c) neither satisfied nor dissatisfied; (d) satisfied; and (e) very satisfied. The final score is simply the sum of the respondent's scores (0–165). The scores represent a woman's perception of the importance of the major participants (self, partner, baby, nurses, and doctors) involved in the process and of her childbirth experience overall. The overall score is the sum of the individual scores. High overall scores indicate total or near-total satisfaction with the childbirth experience. Face and construct validity and reliability were established [8,26,35,37].

The total MCSRS score refers to the sum of all the subscales: self, partner, baby, nurses, doctors, and overall labor.

The Brazilian version of the MCSRS contains six subscales, five of which are the same as those of the Mackey questionnaire, and four further questions asking the pregnant women for their opinions about their childbirth. The MCSRS tool was translated to Brazilian Portuguese and culturally adapted to Brazil, and the resulting version was validated [8,35,37]. The psychometric properties of the Brazilian version of the MCSRS

yielded two dimensions related to professional care giving and family [35]. For the factors regarding professional care—satisfaction with nurses, doctors, and the baby, and the overall experience—the Cronbach's alpha and McDonald's omega were both 0.96. For the factors concerning the family—self-satisfaction and satisfaction with one's partner—the alpha and omega were 0.89 and 0.92, respectively. The reliability coefficient omega for the overall reliability of the questionnaire was 0.97. The Brazilian version by Lopes [35] demonstrated good reliability and is thus a potential instrument for promoting improvements in child-birth care in the country [35]. In Spain, the Cronbach's alpha coefficient was 0.94 for the total scale, ranging from 0.72 to 0.96 for the subscales [33]. In Iran, the Cronbach's alpha for the total scale was 0.78. It ranged between 0.70 and 0.86 for five subscales and was 0.31 for the "baby" subscale [34]. In our study, the Cronbach's alphas were 0.990 and 0.977 for the professional care factor and the family factor, respectively.

3.3. Data Analysis

The variables were characterized as follows: maternal age (years); parity (primiparous or multiparous); ethnicity (white, mixed race, or black); marital status (single, married, divorced, or consensual union); educational level (no or incomplete high school education, completed high school education, or college education); the use of illicit drugs; smoking; alcohol consumption; occupational status (unemployed or employed); monthly income; planned pregnancy; desired pregnancy; painful delivery; type of delivery (vaginal or cesarean); the newborn's sex (male or female); first baby; gestational age at birth (weeks); birthweight (grams); 1 min Apgar score (0 = score > 7; 1 = score ≤ 7); length at birth (cm); and complications during birth.

The distributions of the continuous variables were graphically studied, and descriptive statistics for the quantitative variables are presented as means and standard deviations (SDs) for normally distributed quantitative variables and medians and interquartile intervals [IQIs] are presented otherwise. Categorical variables are described as absolute (n) and relative (%) frequencies. Non-normally distributed quantitative variables were compared using the Mann–Whitney U test.

A multiple regression analysis was conducted on the patient sample to identify which variables were associated with the following outcomes: MCSRS Overall Global Satisfaction; MCSRS Self; MCSRS Partner; MCSRS Baby; MCSRS Midwives; MCSRS Doctors; MCSRS Total Childbirth Satisfaction. Initially, all the relevant variables were tested using simple linear regression models for each outcome. Next, variables that were significant at the $p < 0.2$ level in the simple models were included in the initial multiple models of each outcome. The final model of each outcome was obtained by gradually removing independent variables with the highest p -values until only those significant at the 0.05 level remained.

The results from the linear regressions are presented with non-standardized coefficient values (B), 95% confidence intervals (95% CI), and p -values. Multiple models were assessed using F statistics, p -values, and determination coefficients (R^2). All the final models met the necessary assumptions: the residuals were normally distributed (as assessed using the Kolmogorov–Smirnov test), no multicollinearity was present (variance inflation factors < 2), and homoscedasticity was observed (indicated by a consistent spread of residuals across the predicted values in the scatter plot).

3.4. Ethical Considerations

Ethical approval for this study was obtained from IPPMG (Institute of Pediatrics and Child Health) and CONEP (National Commission in Research Ethics). All pregnant women living with HIV (PWLWHIV) who participated in the study met the inclusion criteria and were thoroughly informed about the study's objectives. They were made aware that

their participation was voluntary, and their responses would remain confidential. Written informed consent was obtained from each participant before data collection began.

Before administering the questionnaires, it was ensured that all the participants understood the information provided and consented to participate, granting permission for the extraction of data for the specified research purposes. The collected data were pseudonymized prior to analysis to protect the participants' identities. The study adhered to the ethical guidelines outlined in the Declaration of Helsinki for human research.

4. Results

This study was performed with 82 PWLWHIV who had vaginal or cesarean deliveries in the public maternity wards of Rio de Janeiro. Table 1 displays the sociodemographic and birth characteristics of the study population.

Table 1. Socio-demographic characteristics of the sample (N = 82).

Descriptive Statistics	
Mother	
Maternal age at birth	28.5 [23.3; 28.6], 19–49
Ethnicity	
White	14 (17.1%)
Mixed race	34 (41.5%)
Black	34 (41.5%)
Marital status	
Married	22 (26.8%)
Single or divorced	24 (29.3%)
Consensual union	36 (43.9%)
Education	
Primary + incomplete high school	67 (81.8%)
Complete high school + university	15 (18.2%)
Number of pregnancies	1.5 [1; 3], 1–6
Number of previous deliveries	0 [0; 2], 0–7
Planned pregnancy	
No	69 (84.1%)
Yes	13 (15.9%)
Viral load at 34 weeks	
CD4 cell count higher than 1000 copies/mL	1 (1.2%)
CD4 cell count below 1000 copies/mL	79 (96.3%)
PWLWHIV without viral load at 34 weeks	2 (2.4%)
Smoking	
No	78 (95.1%)
Yes	4 (4.9%)
Alcohol	
No	77 (93.9%)
Yes	5 (6.1%)

Table 1. *Cont.*

	Descriptive Statistics
Illicit Drugs as cocaine	
No	75 (92.6%)
Yes	6 (7.4%)
Companion at labor/birth	
No	4 (4.9%)
Yes	78 (95.1%)
Monthly income	1890 (549), 800–3500
First baby	
No	40 (48.8%)
Yes	42 (51.2%)
Occupational status	
Retired due to HIV	1 (1.2%)
Unemployed	18 (22.0%)
Housekeeper	5 (6.1%)
Employed	55 (67.1%)
Student	3 (3.7%)
Desired pregnancy	
No	66 (80.5%)
Yes	(19.5%)
Painful birth	
No	7 (8.5%)
Yes	75 (91.5%)
Birth type	
Cesarean	25 (30.5%)
Vaginal	57 (69.5%)
Baby	
Age of baby at delivery	
38 weeks	20 (24.4%)
39 weeks	32 (39.0%)
40 weeks	24 (29.3%)
41 weeks	6 (7.3%)
Sex of baby	
Female	40 (48.8%)
Male	42 (51.2%)
Weight of Baby	3180 (247), 2580–3820
Apgar 1st min	9 [8; 9], 1–9
Apgar 5th min	9 [9; 9], 2–10
Length (cm)	50 [49; 50.8], 45–53
Cephalic perimeter	35 [34; 36], 31.5–39
Birth complications	
No	75 (91.5%)
Yes	7 (8.5%)

Results are described using absolute and relative frequencies (*n* (%)); median [1st quartile; 3rd quartile]; and mean (SD), min–max.

The participants ranged in age from 19 to 49 years, with a mean age of 28.5 (IQI = [23.3; 28.6]). There were 14 (17.1%) white people, 34 (41.5%) mixed race people, and 34 (41.5%) black people. Almost all of the PWLWHIV had not completed high school education (67–81.8%), and only 2 (2.4%) had completed university education. The majority were married or living unofficially with a partner (58–70.7%), and an additional 24 (29.2%) were single or divorced. Over half (55–67.1%) were employed, and only one was retired (1.2%). Their household incomes ranged from BRL 150 to 900 per month, with a mean of BRL 334.

Their histories ranged from one to six pregnancies, with a mean of one and a half pregnancies. Their parities ranged from zero to five. Forty-two (42–51.2%) were pregnant with their first child. The majority had not received analgesia (57–69.5%). In fact, none of those who had undergone vaginal delivery had received either analgesia or anesthesia during labor and birth. Only those who had undergone cesarean sections had received anesthesia (25–30.5%). Most of the PWLWHIV did not smoke (78–95.1%), drink alcohol (77–93.9%), or use illicit drugs as cocaine (75–92.6%) during pregnancy. Most of the pregnancies were not planned (69–84.1%) or desired (66–80.5%). Almost all the viral loads had a CD4 cell count below 1000 copies/mL at the thirty-fourth week (79–96.3%). Only one was above the detection threshold (1.2%), and two PWLWHIV did not have results. Most of the PWLWHIV had support from companions (78–95.1%).

Regarding demographic characteristics, there were no differences in the responses by race, parity, or socioeconomic status. Unfortunately, it was not possible to analyze in this study the influence of viral load, companion support, planning or desiring the pregnancy, smoking, alcohol or the use of drugs as most of PWLWHIV had the same profile.

Regarding the babies, only six (7.3%) were above gestational age of 41 weeks. The babies were almost evenly divided by gender: 40 female (48.8%) and 42 male (51.2%). The mean weight of babies was 3180 g, ranging from 2580 to 3820 g. The mean length was 50 cm, ranging from 45 to 53 cm. The cephalic perimeter ranged from 31.5 to 39 cm, with mean at 35 cm. There were no differences in demographic characteristics or responses on the study variables by gestational age. Unfortunately, in this study it was not possible to analyze the influence of Apgar score (first and fifth minute) or baby weight because they had the same profile (Table 1). The birth complications in this study were sepsis (4, 4.87%), intrauterine anoxia (2, 2.44%), and respiratory distress syndrome (1, 1.22%).

The PWLWHIV experienced a good total childbirth satisfaction (score 133 of 165) and good overall childbirth satisfaction (score 12 out of 15) (Table 2). The PWLWHIV also experienced good self-satisfaction (score 37.3 out of 45), good satisfaction with their partners (score 8.96 out of 10), good satisfaction with midwives (score 35.1 out of 45), and good satisfaction with doctors (score 31.2 out of 45). The PWLWHIV also experienced satisfaction with their babies (score 8.48 out of 10). However, the PWLWHIV could not breastfeed their babies. Therefore, the question about satisfaction with breastfeeding was withdrawn from the questionnaire.

The PWLWHIV's overall, self, partner, baby, midwives, and doctors satisfaction levels were compared with their feeling of the being birth painful. No statistically significant difference was found, probably due to the very low number of not painful births (only 7) (Table 3).

An initial multiple regression model for each MCSRS subscale was adjusted with all the independent variables that resulted in a p -value < 0.02 in the simple models. Then, the non-significant independent variables were removed until only the significant, explicable variables remained in the model. Tables 4–10 contain the final multiple models and the initial multiple models, which can be found in the Supplementary Materials.

Table 2. Descriptives of MCSRS subscales (N = 82).

Subscales	Mean	SD	Median	Min–Max
MCSRS Overall global satisfaction (3 items: 1, 2 and 34)	12.1	3.16	13	3–15
MCSRS self (9 items: 3 to 11)	37.3	9.49	36	9–45
MCSRS partner (2 items: 12 and 13)	8.96	2.01	10	2–10
MCSRS baby * (2 items: 14 and 15)	8.48	2.54	10	2–10
MCSRS midwives (9 items: 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33)	35.1	9.23	36	9–45
MCSRS doctors (8 items: 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32)	31.2	8.04	32	8–40
MCSRS Total Childbirth Satisfaction	133	31.6	136	33–165

* MCSRS baby do not have item 16 of the original questionnaire because PWLWHIV could not breastfeed.

Table 3. Comparison of subscales between painful or not painful births (N = 82).

	Painful Birth (N = 75)	Non-Painful Birth (N = 7)	Mann-Whitney's <i>p</i> -Value
MCSRS Overall global satisfaction	13 [12; 14]	12 [8.5; 14]	0.486
MCSRS self	36 [36; 45]	36 [32.5; 40.5]	0.399
MCSRS partner	10 [8; 10]	10 [8; 10]	0.844
MCSRS baby *	10 [8; 10]	10 [6.5; 10]	0.640
MCSRS midwives	36 [36; 38]	43 [26.5; 45]	0.756
MCSRS doctors	32 [32; 34.5]	26 [23; 40]	0.607
MCSRS Childbirth Satisfaction	136 [132; 147]	122 [106.5; 159.5]	0.681

* MCSRS baby do not have item 16 of the original questionnaire as PWLWHIV could not breastfeed.

Table 4. Multiple regression analysis for MCSRS of 'childbirth satisfaction' (N = 82).

	Beta [95% CI]	<i>p</i> -Value
MCSRS Childbirth Satisfaction		
Number of previous deliveries	5.19 [0.88; 9.50]	0.019
Type of birth		
Cesarean	Reference	
Vaginal	16.43 [4.42; 28.43]	0.008
Birth complications		
No	Reference	
Yes	−58.79 [−78.48; −39.10]	<0.001
	F (3, 78) = 18.4 R ² = 0.415	<0.001

Table 5. Multiple regression analysis for MCSRS of 'self' (N = 82).

	Beta [95% CI]	<i>p</i> -Value
MCSRS Self Satisfaction		
Type of birth		
Cesarean	Reference	
Vaginal	4.36 [1.00; 7.71]	0.012
Birth complications		
No	Reference	
Yes	−21.06 [−26.59; −15.53]	<0.001
	F (2, 79) = 36.7 R ² = 0.482	<0.001

Table 6. Multiple regression analysis for MCSRS of ‘partner’ (N = 82).

	Beta [95% CI]	p-Value
MCSRS Partner Satisfaction		
Occupational status		
Retired + employed	Reference	
Others	−1.08 [−1.96; −0.20]	0.017
Baby sex		
Female	Reference	
Male	−0.86 [−1.68; −0.05]	0.039
Birth complications		
No	Reference	
Yes	−1.78 [−3.24; −0.32]	0.017
	F (3, 78) = 5.93 R ² = 0.186	<0.001

Table 7. Multiple regression analysis for MCSRS of ‘baby’ (N = 82).

	Beta [95% CI]	p-Value
MCSRS Baby Satisfaction		
Type of birth		
Cesarean	Reference	
Vaginal	1.67 [0.77; 2.57]	<0.001
Birth complications		
No	Reference	
Yes	−5.18 [−6.66; −3.70]	<0.001
	F (2, 78) = 36.6 R ² = 0.484	<0.001

Table 8. Multiple regression analysis for MCSRS of ‘midwives’ (N = 82).

	Beta [95% CI]	p-Value
MCSRS Midwives Satisfaction		
N ^{er} of previous deliveries	1.68 [0.28; 3.09]	0.020
Birth complications?		
No	Reference	
Yes	−14.48 [−20.84; −8.12]	<0.001
	F (2, 79) = 13.3 R ² = 0.252	<0.001

Regarding the final multiple regression model for the total satisfaction with childbirth, vaginal delivery scored 16.43 points higher, on average, than the cesarean section ($p = 0.008$). Additionally, women with birth complications scored 5.86 points lower, on average, than their counterparts ($p < 0.001$). The obstetric history (each delivery) scored 5.19 points higher, on average ($p = 0.019$) (Table 4).

In the results of the multiple regression model for the subscale ‘self’, vaginal delivery scored 4.36 points higher, on average, than the cesarean section ($p = 0.012$). Addition-

ally, women with birth complications scored 1.78 points lower, on average, than their counterparts ($p < 0.001$) (Table 5).

Table 9. Multiple regression analysis for MCSRS of ‘doctors’ (N = 82).

	Beta [95% CI]	p-Value
MCSRS Doctors Satisfaction		
N ^{er} of previous deliveries	1.22 [0.01; 2.43]	0.048
Baby sex		
Female	Reference	
Male	−3.31 [−6.36; −0.25]	0.034
Birth complications		
No	Reference	
Yes	−13.37 [−18.76; −7.98]	<0.001
	F (3, 78) = 11.4 R ² = 0.305	<0.001

Table 10. Multiple regression analysis for MCSRS ‘overall global satisfaction’ (N = 82).

	Beta [95% CI]	p-Value
MCSRS Overall Global Satisfaction		
Number of previous deliveries	0.44 [0.09; 0.88]	0.046
Baby sex		
Female	Reference	
Male	1.69 [0.48; 2.90]	0.007
Birth complications		
No	Reference	
Yes	−5.86 [−7.85; −3.88]	<0.001
	F (3, 78) = 17.8 R ² = 0.406	<0.001

Regarding the multiple regression model for the subscale ‘partner’, occupational status scored 1.08 points lower, on average, than the cesarean section ($p = 0.017$). Additionally, women with birth complications scored 5.86 points lower, on average, than their counterparts ($p = 0.017$). The baby delivered with a male sex scored 0.86 points lower, on average, than female ($p = 0.039$) (Table 6).

In the results of the multiple regression model for the subscale ‘baby’, women with birth complications scored 14.48 points lower, on average, than their counterparts ($p < 0.001$). Vaginal delivery scored 1.67 points higher, on average ($p < 0.001$) (Table 7).

Regarding the multiple regression model for the subscale midwives, women with birth complications scored 5.18 points lower, on average, than their counterparts ($p < 0.001$). The obstetric history (each delivery) scored 1.68 points higher, on average ($p = 0.020$) (Table 8).

Regarding the multiple regression model for the subscale ‘doctors’, women with birth complications scored 13.37 points lower, on average, than their counterparts ($p < 0.001$). Additionally, the male babies scored 3.31 points lower, on average, than the female babies ($p = 0.034$). The obstetric history (each delivery) scored 1.22 points higher, on average ($p = 0.048$) (Table 9).

Regarding the multiple regression model for the overall global satisfaction with childbirth, vaginal delivery scored 1.69 points higher, on average, than the cesarean section ($p = 0.007$). Additionally, women with birth complications scored 5.86 points lower, on average, than their counterparts ($p < 0.001$) (Table 10).

5. Discussion

Patient satisfaction is a crucial indicator of the quality of care provided in healthcare settings. In the context of childbirth, evaluating women's satisfaction is essential for improving obstetric care and ensuring positive outcomes for both mothers and newborns [38].

Childbirth satisfaction is a multidimensional concept, incorporating various aspects of the birth experience. It can reflect satisfaction not only with the birth process itself but also with the support from healthcare providers, the birth environment, and personal well-being.

Research has shown that the most significant predictors of overall satisfaction with childbirth include the birth of a healthy baby, and whether a woman's expectations for labor and delivery are met. To enhance satisfaction, healthcare providers, such as nurses and doctors, should focus their supportive interventions on aligning with the woman's expectations, both during prenatal care and throughout labor and delivery [26]. For PWLWHIV, it is especially important to assess and discuss their wishes and expectations throughout pregnancy. This ongoing dialog can help to ensure that a personalized birth plan is developed, addressing PWLWHIV's unique needs and concerns. Creating a birth plan that aligns with their expectations may help to ensure that PWLWHIV experience greater satisfaction and more positive childbirth experiences.

The PWLWHIV in this study had their labor expectations met and were satisfied. The PWLWHIV experienced good total childbirth satisfaction (scoring 133 out of 165) and good overall childbirth satisfaction (scoring 12 out of 15). Other studies carried out in Brazil using the MCSRS found the same. Ramos et al. found that the average score was 141 points in a sample of 243 postpartum women without HIV, with a standard deviation of 16.8. They also found a high satisfaction among women without HIV virus in all domains of the scale, and a low adherence to currently recommended good labor and birth care practices [39]. The PWLWHIV also experienced a good self-satisfaction (score 37.3 out of 45), good satisfaction with partner (score 8.96 out of 10), good satisfaction with midwives (score 35.1 out of 45), and good satisfaction with doctors (score 31.2 out of 45). The PWLWHIV also experienced satisfaction with their babies (score 8.48 out of 10). These findings align with other studies that have shown a positive relationship between expectations and childbirth satisfaction [40,41]. When a woman's expectations for childbirth are met, it tends to lead to greater satisfaction with the overall experience. The congruence between what women expect and what they actually experience during childbirth plays a significant role in determining their satisfaction. In many cases, women evaluate their satisfaction based on whether they achieved their anticipated outcomes, feeling a sense of accomplishment when their expectations are fulfilled. This underscores the importance of addressing and aligning expectations throughout pregnancy to enhance the childbirth experience. Therefore, to fully understand women's satisfaction with childbirth, it is essential to evaluate components of the childbirth experience of PWLWHIV.

PWLWHIV generally expect a range of considerations and interventions aimed at optimizing maternal and fetal outcomes, while minimizing the risk of the mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. However, PWLWHIV also expect to have a positive experience at childbirth [42]. Personal control during childbirth, the fulfillment of expectations, and access to preferred pain relief methods were significant predictors of

higher satisfaction [8,26,33]. Additionally, living with a partner was associated with higher satisfaction score [8].

Nurses in labor and delivery play a critical role in supporting PWLWHIV by helping them organize and manage both themselves and their environment to meet their expectations and maintain a sense of personal control. This support can be particularly important as it empowers women to navigate the challenges of labor and delivery with greater confidence. If some of the woman's expectations are not met during the process, it is crucial for the nurse to provide counseling and assist the woman in understanding the circumstances surrounding those unmet expectations. Rather than allowing the woman to blame herself, the nurse should help her accept the aspects of the situation that were beyond her control, promoting emotional resilience and reducing feelings of guilt or frustration. By facilitating the woman's expectations and encouraging personal control, nurses can enhance the overall birth experience, leading to greater satisfaction. This approach supports not just the physical but also the emotional and psychological well-being of PWLWHIV during labor and delivery, contributing to a more positive and empowering childbirth experience [26,43,44].

The absence of complications with the baby was a good predictor of the satisfaction of PWLWHIV at childbirth in our study, which was in accordance with the literature on HIV-negative pregnant women. Complications such as low Apgar scores and the need for neonatal intensive care unit (NICU) admission are associated with decreased maternal satisfaction with childbirth [45–47]. Additionally, obstetric interventions, such as emergency cesarean sections and postpartum hemorrhage, have been linked to lower satisfaction scores. These interventions often correlate with adverse neonatal outcomes, which can further impact maternal perceptions of the childbirth experience [46,48]. Overall, the literature suggests that both the occurrence of neonatal complications and the quality of care during childbirth significantly affect maternal satisfaction. Improving communication, providing adequate support, and minimizing unnecessary interventions may enhance satisfaction and potentially improve neonatal outcomes [46]. On the other hand, unfortunately, PWLWHIV are at increased risk for adverse pregnancy outcomes. These include higher rates of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. [46] They also experience higher incidences of obstetric complications such as preterm premature rupture of membranes, postpartum sepsis, and venous thromboembolism. Despite the use of antiretroviral therapy (ART), these risks remain elevated compared to those in HIV-negative women [46].

The type of delivery and the obstetric history were also important for PWLWHIV satisfaction. The previous experiences of PWLWHIV could influence their expectations and be reflected in their satisfaction at childbirth. Previous birth experiences, including the mode of delivery and the number of prior births, significantly influence women's satisfaction with childbirth [49–52]. These factors can have lasting effects on psychological well-being and relationship dynamics. The mode of delivery plays a significant role in shaping maternal satisfaction. For instance, women who have vaginal deliveries tend to report higher fulfillment and lower distress compared to those who undergo cesarean sections [52]. Additionally, prior deliveries are associated with a lower risk of a negative birth experience, suggesting that experience may contribute to increased satisfaction [51].

The long-term psychological outcomes of childbirth experiences also impact satisfaction. Women maintain clear memories of their childbirth experiences even years later, and these experiences are linked to long-term outcomes such as mental health and sexual satisfaction [50]. Furthermore, the transition to motherhood can affect relationship satisfaction, with first-time mothers experiencing a more pronounced decrease in satisfaction compared to those with subsequent births [49].

In Brazil, significant changes are currently underway in childbirth care, with a focus on reducing the rate of cesarean births and promoting more mother-centered care. The

shift emphasizes the active participation of women in the childbirth process, encouraging them to take a more protagonistic role in their own experience. This change aligns with a broader movement to improve the quality of maternal healthcare by prioritizing the well-being, autonomy, and preferences of women. To effectively support and guide these changes, it is essential to understand the perspectives of women who have experienced childbirth. By gathering and analyzing their experiences, healthcare providers can identify areas for improvement and design interventions that better meet women's needs and expectations. This feedback is crucial for the continuous enhancement of childbirth care, ensuring that it is not only clinically effective but also emotionally and psychologically supportive, contributing to better overall maternal and neonatal outcomes [8].

Many emotional factors influence the childbirth satisfaction of PWLWHIV such as HIV-related stigma, discrimination, the absence of social or family support, violence from intimate partners, and patients' cultural and social expectations. Stigma and shame associated with HIV can negatively impact the childbirth experience. Women who face stigma within the healthcare system or in their communities may feel reluctant to disclose their HIV status, which can lead to suboptimal adherence to care and reduced social support [53]. The level of support received from partners, family, and friends is crucial. Women with greater social support tend to have more positive attitudes toward pregnancy and childbirth, which improves satisfaction with the experience [54,55]. In our study, almost all the PWLWHIV had partners helping and participating during labor and childbirth. Unfortunately, we could not evaluate the partner's absence. Symptoms of depression and anxiety are common among pregnant women living with HIV and are associated with worse emotional and health outcomes. Antenatal depression, in particular, can increase the risk of adverse birth outcomes and decrease satisfaction with the experience [56,57]. Intimate partner violence is a significant contributor to emotional distress and can negatively impact satisfaction with childbirth. Women who experience violence are more likely to report depressive symptoms and lower satisfaction with the childbirth experience [56]. The decision whether to disclose one's HIV status can be a significant source of stress. Concerns about discrimination and judgment can lead to feelings of isolation and anxiety, impacting satisfaction with childbirth [21]. These emotional factors are interrelated and can significantly influence satisfaction with childbirth in pregnant women living with HIV. Interventions that address these emotional aspects, such as psychosocial support and stigma reduction, are essential for improving the birth experiences of these women [21].

According to the study by DLarrabee et al. [19], women with HIV reported increased health distress and worse health transition during antenatal visits compared to HIV-negative controls. During the perinatal period, HIV-negative patients experienced a decreased sense of overall health and worse health transition, suggesting that labor and delivery may be particularly challenging for all women, regardless of HIV status. However, the study does indicate that PWLWHIV generally have a different quality of life trajectory compared to HIV-negative women, with increased health distress and worse health transition during pregnancy and postpartum periods [19].

The present study has limitations. Our sample was small, and some analysis were not statistically possible because the majority of events were equal or similar. The Brazilian version of the MCSRS tool was applied in public hospital at Rio de Janeiro, and the interviewed PWLWHIV were from low-income families. Low socioeconomic status (SES) is often associated with reduced access to high-quality maternity care, which can negatively impact maternal satisfaction. In Malaysia and Kenya, studies found that household income was significantly associated with maternal satisfaction during labor, indicating that lower income may correlate with lower satisfaction levels [58,59]. Similarly, in England, women from lower SES groups reported less respectful treatment and poorer communication from

healthcare providers, which could contribute to dissatisfaction [60]. In Brazil, satisfaction with childbirth care was linked to sociodemographic factors, with respect and good practices during childbirth being crucial for satisfaction. This implies that SES-related differences in care quality and respect can influence satisfaction [61]. Socioeconomic disparities affect access to care, quality of interactions with healthcare providers, and the overall childbirth experience, all of which are critical determinants of maternal satisfaction during childbirth. Addressing these disparities through targeted interventions could improve satisfaction across different SES groups.

Another limitation of this study was the number of PWLWHIV who had a low viral load (under 1000 copies per mL) at 34 weeks of gestation. This could have influenced the satisfaction of PWLWHIV childbirth, as low viral load could have lessened birth complications and lessened vertical transmission. From our results, anything that could raise birth complications could interfere then with the outcomes. It would be unethical to conduct a study aiming for high viral loads through not providing antiretroviral medications, as antiretroviral medications must be performed for all PWLWHIV. Another consideration is that a low viral load enables PWLWHIV to choose more details about their childbirth, given that when there is a high viral load, a cesarean section was preferred. As presented in our results, almost all deliveries were vaginal.

6. Conclusions

PWLWHIV had a positive experience at childbirth in the public maternity wards of Rio de Janeiro. Our findings indicate that complications with baby health at birth were the main factor associated with a negative experience. As found by other studies the perinatal period is a time of stress for all pregnant women, specially PWLWHIV [45].

Challenges faced by pregnant women living with HIV (PWLWHIV) can hinder their successful engagement in HIV care and negatively impact their quality of life, as well as that of their children. These challenges often include stigma, discrimination, mental health issues, and barriers to accessing care and support [21].

To address these challenges effectively, strategies should adopt a broader, structural approach that includes not just the women, but also their partners, family members, and community. It is essential to involve policymakers, funders, and program implementers in these efforts to create a coordinated response. By working together, these stakeholders can help reduce the psychological distress experienced by women living with HIV and create a supportive environment that enables better access to care.

Such consolidated efforts have the potential to create long-lasting, sustainable solutions that benefit not only the women and their families but also the wider community. By addressing the root causes of these challenges and fostering a more supportive and inclusive environment, we can improve health outcomes, reduce stigma, and enhance the overall quality of life for PWLWHIV and their children.

Recommendations for Future Research

Future research for improving the childbirth satisfaction of PWLWHIV should include approaches involving emotional, social, and health factors. Respectful maternal care should be encouraged and disseminated in order to reduce HIV-related stigma and increase providers' self-efficacy in caring for PWLWHIV [53,54]. Structural barriers, such as limited access to healthcare and transportation should also be addressed in order to improve a positive experience at childbirth.

Comprehensive social and family support should improve quality of life, reduce anxiety and depression, and increase childbirth satisfaction. One study showed that women who received social and family support had better emotional and health outcomes [21,62].

Peer support through weekly meetings during prenatal and postnatal care could improve the PWLWHIV's childbirth by providing meaningful emotional support and serving as a complement to professional and family support. Peer support care could offer emotional support and help to reduce feelings of stigma and isolation. It fosters a sense of community and understanding among women who share similar experiences, which can enhance self-confidence and emotional well-being. Peer mentors can reinforce medical advice, particularly regarding the prevention of the mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV. This includes promoting adherence to antiretroviral therapy (ART) and exclusive breastfeeding practices, which are crucial for reducing transmission risks [63,64].

Programs involving peer support should be increased as it has been shown that peer support improves retention in HIV care and ART adherence. This is particularly important during the postpartum period, where there is often a decline in care engagement [65,66]. Overall, peer support is a valuable adjunct to professional healthcare services, offering a multidimensional approach to improving outcomes for PWLWHIV and their infants.

Programs should emphasize psychosocial care and incorporate strategies to optimize well-being and satisfaction with childbirth, with a multidisciplinary approach helping PWLWHIV filling up their birth plan as a directive healthcare to avoid stigma and promote decision-making [67].

Supplementary Materials: The following supporting information (Mackey questionnaire adapted to Brazil and all the tables from the study including single and multiples regression analysis) can be downloaded at: <https://www.mdpi.com/article/10.3390/jcm14061975/s1>.

Author Contributions: Conceptualization: A.P.d.A., F.R. and C.B.H.; data analysis: A.P.d.A., L.C. and F.R.; writing: A.P.d.A., L.C., C.B.H. and F.R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: This study was approved by Human Research Ethics Committee of Federal University of Rio de Janeiro—CAAE: No 66217722.2.0000.5264–6.130.657, 20 June 2023. Written informed consent was obtained from all participants.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: All the data could be asked to the corresponding author. It is not publically published due to ethical restrictions.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Atowoju, I.; Dawer, P.; Asrani, M.; Panjiyar, B. Impact of maternal HIV infection on perinatal outcomes: A systematic review. *Int. J. Gynecol. Obstet.* **2024**, *166*, 35–43. [CrossRef]
2. Sansone, M.; Sarno, L.; Saccone, G.; Berghella, V.; Maruotti, G.M.; Migliucci, A.; Capone, A.; Martinelli, P. Risk of Preeclampsia in Human Immunodeficiency Virus–Infected Pregnant Women. *Obstet. Gynecol.* **2016**, *127*, 1027–1032. [CrossRef] [PubMed]
3. Wu, S.; Wang, J.; Guo, Q.; Lan, H.; Sun, Y.; Ren, M.; Liu, Y.; Wang, P.; Wang, L.; Su, R.; et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, syphilis, and hepatitis B and C virus infections in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Microbiol. Infect.* **2023**, *29*, 1000–1007. [CrossRef]
4. Domingues, R.M.S.M.; Szwarcwald, C.L.; Souza, P.R.B.; Leal, M.D.C. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: Data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. *BMC Infect. Dis.* **2015**, *15*, 100. [CrossRef] [PubMed]
5. Costa, Z.B.; Stefani, M.M.D.A.; de Lima, Y.A.R.; de Souza, W.V.; de Siqueira Filha, N.T.; Turchi, M.D.; Borges, W.C.; Filho, C.G.; Filho, J.V.M.; Minuzzi, A.L.; et al. Estimated Incidence and Genotypes of HIV-1 among Pregnant Women in Central Brazil. *PLoS ONE* **2013**, *8*, e79189. [CrossRef] [PubMed]
6. Graybill, L.A.; Kasaro, M.; Freeborn, K.; Walker, J.S.; Poole, C.; Powers, K.A.; Mollan, K.R.; Rosenberg, N.E.; Vermund, S.H.; Mutale, W.; et al. Incident HIV among pregnant and breast-feeding women in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS* **2020**, *34*, 761–776. [CrossRef]

7. Drake, A.L.; Wagner, A.; Richardson, B.; John-Stewart, G. Incident HIV during Pregnancy and Postpartum and Risk of Mother-to-Child HIV Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* **2014**, *11*, e1001608. [\[CrossRef\]](#)
8. Lopes, F.; Nakamura, M.U.; Nomura, R.M.Y. Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth* **2021**, *48*, 251–256. [\[CrossRef\]](#)
9. Redshaw, M. Women as consumers of maternity care: Measuring “satisfaction” or “dissatisfaction”? *Birth* **2008**, *35*, 73–76. [\[CrossRef\]](#)
10. Al Ahmar, E.; Tarraf, S. Assessment of the Socio-Demographic Factors Associated with the Satisfaction Related to the Childbirth Experience. *Open J. Obstet. Gynecol.* **2014**, *04*, 585–611. [\[CrossRef\]](#)
11. Lundgren, I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* **2005**, *21*, 346–354. [\[CrossRef\]](#)
12. Karlström, A.; Nystedt, A.; Hildingsson, I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sex. Reprod. Healthc.* **2011**, *2*, 93–99. [\[CrossRef\]](#)
13. Bell, A.F.; Andersson, E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery* **2016**, *39*, 112–123. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
14. Gottvall, K.; Waldenström, U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* **2002**, *109*, 254–260. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
15. Zhang, X.; Lu, H. Childbirth expectations and correlates at the final stage of pregnancy in Chinese expectant parents. *Int. J. Nurs. Sci.* **2014**, *1*, 151–156.
16. Batbaatar, E.; Dorjdagva, J.; Luvsannyam, A.; Amenta, P. Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspect. Public Health* **2015**, *135*, 243–250. [\[CrossRef\]](#)
17. Mukamurigo, J.; Berg, M.; Nyirazinyoye, L.; Bogren, M.; Dencker, A. Women's childbirth experience emphasizing own capacity and safety: A cross-sectional Rwandan study. *Women Birth* **2021**, *34*, e146–e152. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
18. de Azevedo, A.P.; de Rezende Filho, J.F.; Hofer, C.B.; Rego, F. The Childbirth Experiences of Pregnant Women Living with HIV Virus: Scoping Review. *Children* **2024**, *11*, 743. [\[CrossRef\]](#)
19. Larrabee, K.D.; Monga, M.; Eriksen, N.; Helfgott, A. Quality of life assessment in pregnant women with the human immunodeficiency virus. *Obstet. Gynecol.* **1996**, *88*, 1016–1020. [\[CrossRef\]](#)
20. Cooper, R.; Greig, J.; Piercy, H.; Collini, P. Investigating the Pregnancy and Post-Partum Health Experiences of Women Living with HIV. *Matern. Child. Health J.* **2024**, *28*, 1330–1337. [\[CrossRef\]](#)
21. Ashaba, S.; Kaida, A.; Coleman, J.N.; Burns, B.F.; Dunkley, E.; O'neil, K.; Kastner, J.; Sanyu, N.; Akatukwasa, C.; Bangsberg, D.R.; et al. Psychosocial challenges facing women living with HIV during the perinatal period in rural Uganda. *PLoS ONE* **2017**, *12*, e0176256. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
22. Turan, J.M.; Nyblade, L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: A review of the evidence. *AIDS Behav.* **2013**, *17*, 2528–2539. [\[CrossRef\]](#)
23. Hanson, O.R.; Weglarz, A.J.; Barabara, M.L.; Cohen, S.R.; Minja, L.M.; Mlay, P.S.; Stephens, M.J.; Olomi, G.A.; Mlay, J.; Mmbaga, B.T.; et al. HIV-related Shame among Women Giving Birth in Tanzania: A Mixed Methods Study. *AIDS Behav.* **2024**, *28*, 2276–2285. [\[CrossRef\]](#)
24. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (accessed on 10 December 2024).
25. Nilvér, H.; Begley, C.; Berg, M. Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth* **2017**, *17*, 203. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
26. Goodman, P.; Mackey, M.C.; Tavakoli, A.S. Factors related to childbirth satisfaction. *J. Adv. Nurs.* **2004**, *46*, 212–219. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
27. Sawyer, A.; Ayers, S.; Abbott, J.; Gyte, G.; Rabe, H.; Duley, L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth* **2013**, *13*, 108. [\[CrossRef\]](#)
28. Mackey, M.C.; Lock, S.E. Women's Expectations of the Labor and Delivery Nurse. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* **1989**, *18*, 505–512. [\[CrossRef\]](#)
29. Siassakos, D.; Crofts, J.; Winter, C.; Weiner, C.; Draycott, T. The active components of effective training in obstetric emergencies. *BJOG* **2009**, *116*, 1028–1032. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
30. Christiaens, W.; Bracke, P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* **2009**, *25*, e11–e19. [\[CrossRef\]](#)
31. Christiaens, W.; Bracke, P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* **2007**, *7*, 26. [\[CrossRef\]](#)
32. Caballero, P.; Delgado-García, B.E.; Orts-Cortés, I.; Moncho, J.; Pereyra-Zamora, P.; Nolasco, A. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth* **2016**, *16*, 78. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
33. Mas-Pons, R.; Barona-Vilar, C.; Carreguá-Vilar, S.; Ibáñez-Gil, N.; Margaix-Fontestad, L.; Escribà-Agüir, V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: Validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac. Sanit.* **2012**, *26*, 236–242. [\[CrossRef\]](#)

34. Moudi, Z.; Tavousi, M. Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What Are the Psychometric Properties? *Nurs. Midwifery Stud.* **2016**, *5*, e29952. [\[CrossRef\]](#)
35. Alfaro Blazquez, R.; Corchon, S.; Ferrer Ferrandiz, E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery* **2017**, *55*, 103–112. [\[CrossRef\]](#)
36. Lopes, F.; Júnior, N.C.; Nakamura, M.U.; Nomura, R.M.Y. Psychometric properties of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* **2021**, *34*, 2173–2179. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
37. Lopes, F.; Carvas Júnior, N.; Nakamura, M.U.; Nomura, R.M.Y. Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. *Rev. Bras. De Ginecol. E Obstet.* **2019**, *41*, 371–378. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
38. Ratislavová, K.; Horová, J.; Marek, P. Measuring Women's Satisfaction with Childbirth: A Literature Review of Measurement Properties. *Slov. J. Public Health* **2024**, *63*, 100–108. [\[CrossRef\]](#)
39. Ramos, T.M.; Carmona, E.V.; Balaminit, T.; Sanfelice, C.F.d.O. Assessment of women's satisfaction with labor and childbirth at a teaching hospital. *Rev. Gauch. Enferm.* **2022**, *43*, e20210286. [\[CrossRef\]](#)
40. Waldenström, U.; Hildingsson, I.; Rubertsson, C.; Rådestad, I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* **2004**, *31*, 17–27. [\[CrossRef\]](#)
41. Slade, P.; MacPherson, S.A.; Hume, A.; Maresh, M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br. J. Clin. Psychol.* **1993**, *32*, 469–483. [\[CrossRef\]](#)
42. Anderson, B.L.; Cu-Uvin, S. Pregnancy and Optimal Care of HIV-Infected Patients. *Clin. Infect. Dis.* **2009**, *48*, 449–455. [\[CrossRef\]](#)
43. Carlton, T.; Callister, L.C.; Stoneman, E. Decision making in laboring women: Ethical issues for perinatal nurses. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* **2005**, *19*, 145–154. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
44. Bryanton, J.; Fraser-Davey, H.; Sullivan, P. Women's Perceptions of Nursing Support during Labor. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* **1994**, *23*, 638–644. [\[CrossRef\]](#)
45. Hickson, G. Satisfaction with Obstetric Care: Relation to Neonatal Intensive Care. *Obstet. Gynecol.* **1998**, *91*, 288–292. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
46. Falk, M.; Nelson, M.; Blomberg, M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy Childbirth* **2019**, *19*, 494. [\[CrossRef\]](#)
47. Sudhinaraset, M.; Landrian, A.; Afulani, P.A.; Diamond-Smith, N.; Golub, G. Association between person-centered maternity care and newborn complications in Kenya. *Int. J. Gynecol. Obstet.* **2020**, *148*, 27–34. [\[CrossRef\]](#)
48. Adler, K.; Rahkonen, L.; Kruit, H. Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2020**, *20*, 415. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
49. Van Scheppingen, M.A.; Denissen, J.; Chung, J.M.; Tambs, K.; Bleidorn, W. Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *J. Pers. Soc. Psychol.* **2018**, *114*, 973–991. [\[CrossRef\]](#)
50. Nahae, J.; Rezaie, M.; Abdoli, E.; Mirghafourvand, M.; Ghanbari-Homaie, S.; Jafarzadeh, M. Association of childbirth experience with long-term psychological outcomes: A prospective cohort study. *Reprod. Health* **2024**, *21*, 71. [\[CrossRef\]](#)
51. Hochman, N.; Galper, A.; Stanger, V.; Levin, G.; Herzog, K.; Cahan, T.; Peretz, S.B.; Meyer, R. Risk factors for a negative birth experience using the Birth Satisfaction Scale-Revised. *Int. J. Gynecol. Obstet.* **2023**, *163*, 904–910. [\[CrossRef\]](#)
52. Bossano, C.M.; Townsend, K.M.; Walton, A.C.; Blomquist, J.L.; Handa, V.L. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **2017**, *217*, e1–e342. [\[CrossRef\]](#)
53. Watt, M.H.; Marchand, V.; Minja, L.M.; Stephens, M.J.; Hanson, O.R.; Mlay, P.S.; Olomi, G.A.; Kiwia, J.F.; Mmbaga, B.T.; Cohen, S.R. Outcomes of the MAMA Training: A Simulation and Experiential Learning Intervention for Labor and Delivery Providers to Improve Respectful Maternity Care for Women Living with HIV in Tanzania. *AIDS Behav.* **2024**, *28*, 1898–1911. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
54. Watt, M.H.; Minja, L.M.; Mlay, P.; Stephens, M.J.; Olomi, G.; Mlay, J.; Marchand, V.; Mmbaga, B.T.; Hanson, O.R.; Cohen, S.R. A simulation and experiential learning intervention for labor and delivery providers to address HIV stigma during childbirth in Tanzania: Study protocol for the evaluation of the MAMA intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* **2023**, *23*, 181. [\[CrossRef\]](#)
55. Chen, S.; Ning, Y.; Tan, Y.; Lin, X.; Wang, M. An interventional study on the influence of social and family support systems on the fertility pattern of HIV-infected women. *Medicine* **2021**, *100*, e26027. [\[CrossRef\]](#)
56. Osborn, L.; Ronen, K.; Larsen, A.M.; Richardson, B.; Khasimwa, B.; Chohan, B.; Matemo, D.; Unger, J.; Drake, A.L.; Kinuthia, J.; et al. Antenatal depressive symptoms in Kenyan women living with HIV: Contributions of recent HIV diagnosis, stigma, and partner violence. *AIDS Care* **2022**, *34*, 69–77. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
57. Regan, M.; Muhihi, A.; Saleh, A.; Duggan, C.P.; Ulenga, N.; Al-Beity, F.M.A.; Aboud, S.; Fawzi, W.W.; Manji, K.P.; Sudfeld, C.R. Antenatal depression and adverse birth outcomes among pregnant women living with HIV in Dar es Salaam, Tanzania. *J. Affect. Disord.* **2023**, *339*, 82–88. [\[CrossRef\]](#)
58. Imtithal Adnan, F.; Noor, N.M.; Mat Junoh, N.A. Associated factors of labor satisfaction and predictor of postnatal satisfaction in the north-east of Peninsular Malaysia. *PLoS ONE* **2020**, *15*, e0238310. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
59. Kapula, N.; Shiboski, S.; Dehlendorf, C.; Ouma, L.; Afulani, P.A. Examining socioeconomic status disparities in facility-based childbirth in Kenya: Role of perceived need, accessibility, and quality of care. *BMC Pregnancy Childbirth* **2022**, *22*, 804. [\[CrossRef\]](#)

60. Lindquist, A.; Kurinczuk, J.; Redshaw, M.; Knight, M. Experiences, utilisation and outcomes of maternity care in England among women from different socio-economic groups: Findings from the 2010 National Maternity Survey. *BJOG* **2015**, *122*, 1610–1617. [\[CrossRef\]](#)
61. Santos, Y.R.P.; Carvalho, T.D.G.D.; Leal, N.P.; Leal, M.D.C. Satisfaction with childbirth care in Brazilian maternity hospitals participating in the Stork Network program: Women's opinions. *Cad. Saude Publica* **2023**, *39*, e00154522. [\[CrossRef\]](#)
62. Moseholm, E.; Aho, I.; Mellgren, Å.; Johansen, I.S.; Storgaard, M.; Pedersen, G.; Scofield, D.; Katzenstein, T.L.; Weis, N. The experience of pregnancy among women living with HIV in Nordic countries: A qualitative narrative enquiry. *Women's Health* **2022**, *18*, 1–11. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
63. McLeish, J.; Redshaw, M. 'We have beaten HIV a bit': A qualitative study of experiences of peer support during pregnancy with an HIV Mentor Mother project in England. *BMJ Open* **2016**, *6*, e011499. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
64. Rotheram-Borus, M.J.; Richter, L.M.; van Heerden, A.; van Rooyen, H.; Tomlinson, M.; Harwood, J.M.; Comulada, W.S.; Stein, A. A Cluster Randomized Controlled Trial Evaluating the Efficacy of Peer Mentors to Support South African Women Living with HIV and Their Infants. *PLoS ONE* **2014**, *9*, e84867. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
65. Lyatuu, G.W.; Naburi, H.; Mwashemele, S.; Lyaruu, P.; Urrio, R.; Simba, B.; Philipo, E.; Kibao, A.; Kajoka, D.; Sando, D.; et al. Effect of peer-mother interactive programme on prevention of mother-to-child HIV transmission outcomes among pregnant women on anti-retroviral treatment in routine healthcare in Dar es Salaam, Tanzania. *PLOS Glob. Public Health* **2022**, *2*, e0000256. [\[CrossRef\]](#)
66. Amone, A.; Gabagaya, G.; Wavamunno, P.; Rukundo, G.; Namale-Matovu, J.; Malamba, S.S.; Lubega, I.; Homasy, J.; King, R.; Nakabiito, C.; et al. Enhanced peer-group strategies to support the prevention of mother-to-child HIV transmission leads to increased retention in care in Uganda: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* **2024**, *19*, e0297652. [\[CrossRef\]](#)
67. Camellia, A.; Swandari, P.; Rahma, G.; Merati, T.P.; Bakta, I.M.; Duarsa, D.P. A Peer-support Mini-counseling Model to Improve Treatment in HIV-positive Pregnant Women in Kupang City, East Nusa Tenggara, Indonesia. *J. Prev. Med. Public Health* **2023**, *56*, 238–247. [\[CrossRef\]](#)

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

Mackey questionnaire Brazilian version

MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATING SCALE

Caso #

Data de Aplicação ____/____/____

(Por favor, circule o código de uma resposta correta para cada questão, a menos que seja instruída de outra forma).

Estou interessada na sua avaliação sobre sua experiência no parto

Para cada um dos seguintes itens listados abaixo, **indique quão satisfeita ou insatisfeita você está com** esse aspecto de sua experiência no parto. (Circule uma resposta para cada item).

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita ou insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
1. A sua experiência geral durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
2. A sua experiência geral durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê)	1	2	3	4	5
3. A sua participação nas decisões durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
4. A sua participação nas decisões durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
5. A sua capacidade de lidar com as contrações durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
6. O seu conforto ou bem-estar geral durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
7. O seu conforto ou bem-estar geral durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5

8. O controle que você teve sobre suas emoções durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
9. O controle que você teve sobre suas emoções durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
10. O controle que você teve sobre suas ações durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
11. O controle que você teve sobre suas ações durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
.....					
12. A colaboração do seu marido/companheiro durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
13. A colaboração do seu marido/companheiro durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
.....					
14. As condições físicas e de saúde do seu bebê no nascimento.....	1	2	3	4	5
.....					
15. O tempo que demorou para você segurar seu bebê pela 1ª vez.....	1	2	3	4	5
16. O tempo que demorou para você amamentar seu bebê pela 1ª vez.....	1	2	3	4	5
17. Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
.....					
18. Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
.....					
19. O conhecimento técnico, a habilidade e competência da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5

20. O conhecimento técnico, a habilidade e competência da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
21. A quantidade de explicações ou informações que você recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
22. A quantidade de explicações ou informações que você recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto..	1	2	3	4	5
23. O interesse pessoal da equipe de enfermagem e a atenção dada a você durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
24. O interesse pessoal da equipe médica e a atenção dada a você durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
25. A ajuda da equipe de enfermagem e apoio com a respiração e o relaxamento que você recebeu durante o trabalho de parto e o parto	1	2	3	4	5
26. A ajuda da equipe médica e apoio com a respiração e o relaxamento que você recebeu durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
27. O tempo que os enfermeiros (as) dedicaram a você durante o trabalho de parto	1	2	3	4	5
28. O tempo que os médicos (as) dedicaram a você durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
29. A atitude dos enfermeiros (as) durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
30. A atitude dos médicos (as) durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
31. A sensibilidade da equipe de enfermagem às suas necessidades, durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5

32. A sensibilidade da equipe médica às suas necessidades, durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
33. Sua satisfação geral sobre os cuidados que você recebeu durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
34. No geral, qual o seu grau de satisfação ou insatisfação com a sua experiência no nascimento do seu bebê?.....	1	2	3	4	5

35. Anote o que contribuiu para a sua satisfação / insatisfação geral com a sua experiência no nascimento do seu bebê.

—	— — — — —	— — — — —
—	— — — — —	— — — — —
—	— — — — —	— — — — —
—	— — — — —	— — — — —

36. Usando os itens que você anotou na questão 35 acima, numere-os em ordem de importância: Coloque "1" na frente do item que mais contribuiu para a sua satisfação / insatisfação; coloque "2" a partir do próximo item mais importante e assim por diante até numerar todos os itens.

37. De forma geral, a sua experiência no trabalho de parto foi como você esperava? **(Circule uma resposta).**

- Nada a ver com o que eu esperava 1
Muito pouco a ver com o que eu esperava ... 2
Um pouco a ver com o que eu esperava 3
Foi como eu esperava 4

38. De forma geral, a sua experiência no parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê) foi como você esperava? **(Circule uma resposta).**

- Nada a ver com o que eu esperava 1
Muito pouco a ver com o que eu esperava ... 2 Um pouco a ver com o que eu esperava 3
Foi como eu esperava 4

39. No geral, você avaliaria o seu trabalho de parto como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa? **(Circule uma resposta).**

- Foi muito negativa 1
Foi um pouco negativa..... 2
Foi um pouco positiva 3
Foi muito positiva 4

40. No geral, você avaliaria o seu parto como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa? **(Circule uma resposta).**

- Foi muito negativa 1

Foi um pouco negativa.....	2
Foi um pouco positiva	3
Foi muito positiva	4

Supplementary tables

Table S1 Simple regression for MCSRS Childbirth Satisfaction (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age	0.52 [-0.61; 1.64]	0.365
Race		
White	<i>Reference</i>	
Mixed	0.63 [-19.5; 20.8]	0.950
black	5.92 [-14.2; 26.1]	0.560
obst_hist_para (number of births)	4.88 [-0.54; 10.3]	0.077
Civil status		
Married	<i>Reference</i>	
Single ou divorcede	-6.20 [-24.9; 12.5]	0.512
Consensua unionl	-4.44 [-21.6; 12.7]	0.608
monthly_income	-0.007 [-0.020; 0.006]	0.291
escolarity		
Elementar + high school incomplete	<i>Reference</i>	
High school complete + university	-7.87 [-21.7; 5.99]	0.262
Occupational status		
Employed + retired	<i>Reference</i>	
Others	-12.8 [-27.5; 1.96]	0.088
desired_pregnancy		
No	<i>Reference</i>	
Yes	7.23 [-11.8; 26.3]	0.452
Painful birth		

	No	<i>Reference</i>	
	Yes	3.91 [-21.1; 28.9]	0.756
Duration of labor (hours)		0.03 [-0.47; 0.53]	0.906
Type of birth			
	Cesarean	<i>Reference</i>	
	Vaginal	21.4 [6.98; 35.8]	0.004
Baby sex			
	Female	<i>Reference</i>	
	Male	-11.7 [-25.4; 2.05]	0.094
apgar 1 ^o min		7.99 [4.08; 11.9]	<0.001
first baby			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-8.55 [-22.4; 5.29]	0.223
Birth complications			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-64.0 [-84.6; -43.5]	<0.001
Live with baby's father			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	0.96 [-20.4; 22.3]	0.929

Table S2 Multiple Regression initial and final for MCSRS Childbirth Satisfaction (N=82)

	Initial Model		Final Model	
	F(6,75) = 9.76; p<0.001; R ² = 0.438		F(3, 78) = 18.4; p<0.001; R ² = 0.415	
	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
obst_history_para (birth number)	4.39 [-0.01; 8.80]	0.050	5.19 [0.88; 9.50]	0.019
Occupational status				
Employed + retired	<i>Reference</i>			

	Others	4.51 [-18.84; 27.86]	0.702		
Type of birth					
	Cesarean	Reference		Reference	
	Vaginal	18.04 [-6.25; 42.34]	0.143	16.43 [4.42; 28.43]	0.008
Baby sex					
	Feminino	Reference			
	Masculino	-8.78 [-20.12; 2.56]	0.127		
apgar 1ºmin		0.94 [-3.25; 5.13]	0.657		
Birth complications					
	Não	Reference		Reference	
	Sim	-56.58 [-80.68; -32.47]	<0.001	-58.79 [-78.48; -39.10]	<0.001

Table S3 Simple Regression for MCSRS Self (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age	0.13 [-0.21; 0.47]	0.446
Race		
	White	Reference
	Mixed	-1.68 [-7.73; 4.37]
	black	-0.06 [-6.11; 5.99]
obst_hist_para (number of births)	0.98 [-0.67; 2.62]	0.243
Civil status		
	Married	Reference
	Single ou divorcede	-1.05 [6.68; 4.59]
	Consensua unionl	-1.05 [-6.21; 4.12]
monthly_income	-0.002 [-0.006; 0.002]	0.318
escolarity		
	Elementar + high school incomplete	Reference
	High school complete + university	-2.48 [-6.64; 1.68]
Occupational status		

Employed + retired	<i>Reference</i>	
Others	-3.90 [-8.33; 0.52]	0.083
desired_pregnancy		
No	<i>Reference</i>	
Yes	2.87 [-2.84; 8.57]	0.321
Painful birth		
No	<i>Reference</i>	
Yes	1.09 [-6.42; 8.59]	0.774
Duration of labor (hours)	-0.04 [-0.19; 0.11]	0.568
Type of birth		
Cesarean	<i>Reference</i>	
Vaginal	6.62 [2.31; 10.9]	0.003
Baby sex		
Female	<i>Reference</i>	
Male	-2.04 [-6.21; 2.13]	0.334
apgar 1ºmin	2.76 [1.62; 3.90]	<0.001
first baby		
No	<i>Reference</i>	
Yes	-1.94 [-6.12; 2.23]	0.357
Birth complications		
No	<i>Reference</i>	
Yes	-22.3 [-28; -16.7]	<0.001
Live with baby's father		
No	<i>Reference</i>	
Yes	0.32 [-6.09; 6.73]	0.921

Table S4 Multiple Regression initial and final for MCSRS Self (N=82)

Modelo Initial	Modelo Final
F(4, 77) = 18.7; p<0.001;	F(2, 79) = 36.7; p<0.001;
R² = 0.492	R² = 0.482

	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Occupational status				
Retired + employed	<i>Reference</i>			
others	2.40 [-4.13; 8.91]	0.467		
Type of birth				
cesarean	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
vaginal	6.25 [-0.49; 12.98]	0.069	4.36 [1.00; 7.71]	0.012
apgar 1ºmin	0.55 [-0.63; 1.72]	0.358		
Birth complications				
No	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Yes	-18.96 [-25.69; -12.24]	<0.001	-21.06 [-26.59; -15.53]	<0.001

Table S5 Simple Regression for MCSRS Partner (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age	0.03 [-0.04; 0.10]	0.447
Race		
White	<i>Reference</i>	
Mixed	0.12 [-1.15; 1.39]	0.849
black	0.65 [-0.62; 1.92]	0.312
obst_hist_para (number of births)	0.16 [-0.19; 0.51]	0.368
Civil status		
Married	<i>Reference</i>	
Single ou divorcee	-0.91 [-2.09; 0.27]	0.127
Consensual union	-0.51 [-1.59; 0.57]	0.350
monthly_income	-0.0003 [-0.001; 0.0005]	0.445
escolaridade		
Elementar + high school incomplete	<i>Reference</i>	
High school complete + university	-0.07 [-0.96; 0.82]	0.873
Occupational status		

Employed + retired	<i>Reference</i>	
Others	-1.24 [-2.16; -0.33]	0.008
desired_pregnancy		
No	<i>Reference</i>	
Yes	-0.23 [-1.45; 0.98]	0.706
Painful birth		
No	<i>Reference</i>	
Yes	0.43 [-1.16; 2.02]	0.592
Duration of labor (hours)	0.02 [-0.01; 0.05]	0.236
Type of birth		
Cesarean	<i>Reference</i>	
Vaginal	1.79 [0.91; 2.67]	<0.001
Baby sex		
Female	<i>Reference</i>	
Male	-0.90 [-1.77; -0.04]	0.042
apgar 1ºmin	0.27 [0.002; 0.54]	0.048
first baby		
No	<i>Reference</i>	
Yes	-0.32 [-1.20; 0.57]	0.481
Birth complications		
No	<i>Reference</i>	
Yes	-1.83 [-3.37; -0.30]	0.020
Live with baby's father		
No	<i>Reference</i>	
Yes	0.64 [-0.71; 1.99]	0.347

Table S6 Multiple Regression initial and final for MCSRS Partner (N=82)

Modelo Inicial	Modelo Final

		F(7, 74) = 3.97; p<0.001; R ² = 0.273		F(3, 78) = 5.93; p=0.001; R ² =0.186	
		Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Civil status					
	Married	Reference			
	Single or divorced	-0.97 [-2.06; 0.12]	0.080		
	Consensual union	-0.67 [-1.71; 0.37]	0.202		
Occupational status					
	Retired + employed	Reference		Reference	
	Others	0.38 [-1.36; 2.12]	0.668	-1.08 [-1.96; -0.20]	0.017
Type of birth					
	cesarean	Reference			
	vaginal	1.78 [-0.03; 3.60]	0.054		
Baby sex					
	Female	Reference		Reference	
	Male	-0.78 [-1.60; 0.05]	0.066	-0.86 [-1.68; -0.05]	0.039
apgar 1ºmin		-0.04 [-0.36; 0.27]	0.777		
Birth complications					
	No	Reference		Reference	
	Yes	-1.70 [-3.53; 0.12]	0.067	-1.78 [-3.24; -0.32]	0.017

Table S7 Simple Regressions for MCSRS Baby (N=82)

		Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age		0.06 [-0.03; 0.15]	0.185
Race			
	White	Reference	
	Mixed	-0.15 [-1.78; 1.48]	0.858
	black	0.05 [-1.59; 1.68]	0.956
obst_hist_para (number of births)		0.09 [-0.35; 0.54]	0.676
Civil status			

	Married	<i>Reference</i>	
	Single ou divorcee	-0.10 [-1.63; 1.43]	0.894
	Consensual union	-0.28 [-1.11; 1.66]	0.694
monthly_income		-0.0007 [-0.002; 0.0003]	0.163
escolarity			
	Elementar + high school incomplete	<i>Reference</i>	
	High school complete + university	-0.31 [-0.44; 0.83]	0.593
Occupational status			
	Employed + retired	<i>Reference</i>	
	Others	-1.64 [-2.79; -0.48]	0.006
desired_pregnancy			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	0.19 [-1.36; 1.73]	0.808
Painful birth			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	0.19 [-1.83; 2.21]	0.854
Duration of labor (hours)		0.004 [-0.04; 0.04]	0.846
Type of birth			
	Cesarean	<i>Reference</i>	
	Vaginal	2.22 [1.10; 3.35]	<0.001
Baby sex			
	Female	<i>Reference</i>	
	Male	-0.85 [-1.97; 0.27]	0.135
apgar 1ºmin		0.64 [0.33; 0.96]	<0.001
first baby			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	0.14 [-1.00; 1.27]	0.808
Birth complications			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-5.66 [-7.23; -4.09]	<0.001

Live with baby's father			
No	<i>Reference</i>		
Yes	0.41 [-1.32; 2.13]		0.639

Table S8 Multiple Regressions initial and final for MCSRS Baby (N=82)

	Modelo Inicial		Modelo Final	
	F(7, 73) = 10.8; p<0.001; R ² = 0.509		F(2, 78) = 36.6; p=0.001; R ² =0.484	
	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age	0.01 [-0.06; 0.09]	0.687		
Monthly income	-4e-5 [-8.6e-4; 7.8e-4]	0.923		
Occupational status				
Retired + employed	<i>Reference</i>			
Others	-0.24 [-2.11; 1.62]	0.795		
Type of birth				
Cesarean	<i>Reference</i>			
Vaginal	1.27 [-0.67; 3.22]	0.196	1.67 [0.77; 2.57]	<0.001
Baby sex				
Female	<i>Reference</i>			
Male	-0.77 [-1.65; 0.11]	0.087		
apgar 1ºmin	0.02 [-0.30; 0.35]	0.891		
Birth complications				
No	<i>Reference</i>			
Yes	-5.22 [-7.13; -3.31]	<0.001	-5.18 [-6.66; -3.70]	<0.001

Table S9 Simple Regression for MCSRS Midwives (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age	0.15 [-0.18; 0.48]	0.378

Race			
	White	<i>Reference</i>	
	Mixed	1.93 [-3.94; 7.80]	0.515
	black	2.96 [-2.91; 8.83]	0.319
obst_hist_para (number of births)		1.75 [0.18; 3.32]	0.030
Civil status			
	Married	<i>Reference</i>	
	Single ou divorcee	-1.64 [-7.12; 3.83]	0.552
	Consensual union	-1.48 [-6.50; 3.55]	0.560
monthly_income		-0.002 [-0.005; 0.002]	0.395
escolarity			
	Elementar + high school incomplete	<i>Reference</i>	
	High school complete + university	-2.01 [-6.07; 2.05]	0.329
Occupational status			
	Employed + retired	<i>Reference</i>	
	Others	-2.17 [-6.53; 2.19]	0.325
desired_pregnancy			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	1.07 [-4.51; 6.66]	0.703
Painful birth			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-0.52 [-7.83; 6.79]	0.888
Duration of labor (hours)		0.004 [-0.14; 0.15]	0.954
Type of birth			
	Cesarean	<i>Reference</i>	
	Vaginal	4.23 [-0.11; 8.56]	0.056
Baby sex			
	Female	<i>Reference</i>	
	Male	-3.32 [-7.34; 0.69]	0.104

apgar 1ºmin		1.73 [0.53; 2.92]	0.005
first baby			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-3.03 [-7.06; 1.00]	0.138
Birth complications			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-14.6 [-21.2; -8.09]	<0.001
Live with baby's father			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-1.14 [-7.38; 5.09]	0.717

Table S10 Multiple Regression initial and final for MCSRS Midwives (N=82)

Modelo Initial			Modelo Final	
F(6, 75) = 5.32; p<0.001;			F(2, 79) = 13.3; p<0.001;	
R² = 0.299			R² =0.252	
	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
obst_hist_para (nº of births)	1.27 [-0.81; 3.35]	0.227	1.68 [0.28; 3.09]	0.020
Type of birth				
cesarean	<i>Reference</i>			
vaginal	2.64 [-1.39; 6.68]	0.196		
Baby sex				
Female	<i>Reference</i>			
Male	-2.68 [-6.38; 1.01]	0.152		
apgar 1ºmin	0.07 [-1.29; 1.43]	0.920		
1o baby				
No	<i>Reference</i>			
Yes	-1.15 [-6.32; 4.02]	0.659		
Birth complications				

No	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Yes	-13.87 [-21.73; -6.00]	<0.001	-14.48 [-20.84; -8.12]	<0.001

Table S11 Simple Regression for MCSRS Doctors (N=82)

	Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age	0.12 [-0.17; 0.41]	0.398
Race		
White	<i>Reference</i>	
Mixed	1.05 [-4.07; 6.18]	0.683
black	2.17 [-2.95; 7.30]	0.401
obst_hist_para (number of births)	1.49 [0.12; 2.86]	0.033
Civil status		
Married	<i>Reference</i>	
Single ou divorcee	-1.81 [-6.57; 2.96]	0.453
Consensua unionl	-1.04 [-5.41; 3.33]	0.636
monthly_income	-0.001 [-0.005; 0.002]	0.443
escolarity		
Elementar + high school incomplete	<i>Reference</i>	
High school complete + university	-1.91 [-5.45; 1.62]	0.284
Occupational status		
Employed + retired	<i>Reference</i>	
Others	-2.37 [-6.16; 1.42]	0.217
desired_pregnancy		
No	<i>Reference</i>	
Yes	2.24 [-2.61; 7.08]	0.361
Painful birth		
No	<i>Reference</i>	

	Yes	1.62 [-4.74; 7.97]	0.614
Duration of labor (hours)			
Type of birth			
	Cesarean	<i>Reference</i>	
	Vaginal	4.31 [0.57; 8.05]	0.025
Baby sex			
	Female	<i>Reference</i>	
	Male	-3.43 [-6.9; 0.05]	0.053
apgar 1ºmin		1.71 [0.69; 2.74]	0.001
first baby			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-2.60 [-6.11; 0.92]	0.145
Birth complications			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-13.2 [-18.8; -7.53]	<0.001
Live with baby's father			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	0.45 [-4.98; 5.88]	0.870

Table S12 Multiple Regression initial and final for MCSRS Doctors (N=82)

	Modelo Initial		Modelo Final	
	F(6, 75) = 6.25; p<0.001;		F(3, 78) = 11.4; p<0.001;	
	R² = 0.333		R² =0.305	
	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
Obst_hist_para (nº of birth)	1.00 [-0.77; 2.76]	0.263	1.22 [0.01; 2.43]	0.048
Type of birth				
	Cesarean	<i>Reference</i>		
	Vaginal	2.72 [-0.71; 6.14]	0.119	
Baby sex				

	Female	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
	Male	-2.77 [-5.90; 0.37]	0.083	-3.31 [-6.36; -0.25]	0.034
apgar 1ºmin		0.28 [-0.88; 1.43]	0.636		
1o baby					
	No	<i>Reference</i>			
	Yes	-1.18 [-5.57; 3.21]	0.595		
Birth complications					
	No	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
	Yes	-11.73 [-18.41; -5.05]	<0.001	-13.37 [-18.76; -7.98]	<0.001

Table S13 Simple Regression for MCSRS Overall Global Satisfaction (N=82)

		Beta [IC 95%]	p-value
Maternal age		0.02 [-0.09; 0.14]	0.664
Race			
	White	<i>Reference</i>	
	Mixed	-0.65 [-2.66; 1.36]	0.521
	black	0.11 [-1.90; 2.12]	0.911
obst_hist_para (number of births)		0.41 [-0.14; 0.96]	0.138
Civil status			
	Married	<i>Reference</i>	
	Single ou divorcee	-0.76 [-2.63; 1.11]	0.421
	Consensual union	-0.64 [-2.35; 1.08]	0.463
monthly_income		-0.0009 [-0.002; 0.0003]	0.143
escolarity			
	Elementar + high school incomplete	<i>Reference</i>	
	High school complete + university	-1.06 [-2.43; 0.32]	0.131
Occupational status			
	Employed + retired	<i>Reference</i>	

	Others	-1.44 [-2.90; 0.03]	0.055
desired_pregnancy			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	1.12 [-0.78; 3.02]	0.244
Painful birth			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	1.08 [-1.41; 3.57]	0.389
Duration of labor (hours)		-0.005 [-0.06; 0.04]	0.826
Type of birth			
	Cesarean	<i>Reference</i>	
	Vaginal	2.21 [0.77; 3.64]	0.003
Baby sex			
	Female	<i>Reference</i>	
	Male	-1.10 [-2.48; 0.27]	0.114
apgar 1ºmin		0.88 [0.50; 1.26]	<0.001
first baby			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-0.76 [-2.15; 0.63]	0.277
Birth complications			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	-6.39 [-8.45; -4.34]	<0.001
Live with baby's father			
	No	<i>Reference</i>	
	Yes	0.27 [-1.87; 2.40]	0.804

Table S14 Multiple Regression initial and final for MCSRS Overall Global Satisfaction (N=82)

Modelo Initial	Modelo Final
F(8, 73) = 7.09; p<0.001;	F(3, 78) = 17.8; p<0.001;

	R² = 0.437		R² =0.406	
	Beta [IC 95%]	p-value	Beta [IC 95%]	p-value
obst_hist_para (nº of births)	0.35 [-0.12; 0.82]	0.145	0.44 [0.09; 0.88]	0.046
monthly_incomel	-0.0002 [-0.0001; 0.001]	0.807		
escolarity				
Elementar + high school incomplete	<i>Reference</i>			
High school complete + university	-0.27 [-1.66; 1.11]	0.695		
Occupational status				
Retired + employed	<i>Reference</i>			
Others	0.18 [-2.30; 2.66]	0.883		
Type of birth				
cesarean	<i>Reference</i>			
vaginal	1.60 [-0.95; 4.15]	0.215		
Baby sex				
Female	<i>Reference</i>			
Male	-0.75 [-1.93; 0.43]	0.209		
apgar 1ºmin	0.23 [-0.20; 0.66]	0.295		
Birth complications				
No	<i>Reference</i>			
Yes	-5.10 [-7.62; -2.58]	<0.001	-5.86 [-7.85; -3.88]	<0.001

Table S15 Correlations (Spearman) between MCRS_37, 38, 39 e 40, Total Childbirth Satisfaction e Overall Global Satisfaction (N=82)

Items	MCRS_38	MCRS_39	MCRS_40	MCSRS Childbirth Satisfaction	MCSRS Overall global satisfaction
MCRS_37^a	0.999	0.997	0.997	0.686	0.685
MCRS_38	-	0.999	0.999	0.682	0.680
MCRS_39	-	-	1	0.685	0.681
MCRS_40	-	-	-	0.685	0.681

MCSRS Childbirth Satisfaction	-	-	-	-	0.935

p<0.001

Nota: as respostas a MCRS_37, 38, 39 e 40 foram quase sempre as mesmas, daí que a correlação seja muito próxima de 1.

Table S16 Correlations (Spearman) between MCRS_37, 38, 39, 40 and MCSRS subscales (N=82)

Items	MCRS_38	MCRS_39	MCRS_40	MCSRS Overall global satisfaction	MCSRS Self	MCSRS Partner	MCSRS Baby	MCSRS Midwives	MCSRS Doctors	MCSRS Total Childbirth Satisfaction
MCRS_37 ^a	0.999	0.997	0.997	0.685	0.695	0.521	0.734	0.593	0.638	0.686
MCRS_38	-	0.999	0.999	0.680	0.687	0.526	0.734	0.592	0.637	0.682
MCRS_39	-	-	-	0.681	0.686	0.539	0.736	0.605	0.646	0.685
MCRS_40	-	-	-	0.681	0.686	0.539	0.736	0.605	0.646	0.685
MCSRS Overall global satisfaction	-	-	-	-	0.934	0.498	0.672	0.757	0.825	0.936
MCSRS Self	-	-	-	-	-	0.494	0.681	0.607	0.665	0.871
MCSRS Partner	-	-	-	-	-	-	0.815	0.590	0.592	0.662
MCSRS Baby	-	-	-	-	-	-	-	0.566	0.662	0.778
MCSRS Midwives	-	-	-	-	-	-	-	-	0.921	0.856
MCSRS Doctors	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.910

^a – 1 missing; p<0.001 in all the correlations

9.3.ARTIGO 3:

MAJOR FACTORS CONTRIBUTING TO POSITIVE AND NEGATIVE
CHILDBIRTH EXPERIENCES IN PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV.de
Azevedo, A.P.; Castro, L.; Hofer, C.B.; Rego, F. Major Factors Contributing to
Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with
HIV. Behav. Sci. 2025, 15, 442. <https://doi.org/10.3390/bs15040442>





Article

Major Factors Contributing to Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with HIV

Andréa Paula de Azevedo, Luisa Castro, Cristina Barroso Hofer and Francisca Rego





Article

Major Factors Contributing to Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with HIV

Andréa Paula de Azevedo ^{1,2,*}, Luisa Castro ^{1,3} , Cristina Barroso Hofer ^{2,4} and Francisca Rego ¹

¹ Faculty of Medicine, University of Porto, 4099-002 Porto, Portugal; luisacastro@med.up.pt (L.C.); mfrego@med.up.pt (F.R.)

² Martagão Gesteira Childhood and Pediatric Institute, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 21941-853, Brazil; cbhofer@hucff.ufrj.br

³ CINTESIS@RISE, Faculty of Medicine, University of Porto, 4099-002 Porto, Portugal

⁴ Faculty of Medicine, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 21941-853, Brazil

* Correspondence: andrea.azevedo@ippmg.ufrj.br

Abstract: Objective: The aim of this study was to assess the opinions of pregnant women living with HIV (PWLWHIV) about their positive childbirth experiences and the most important factors contributing to positive or negative experiences. Methods: A cross-sectional study was conducted with 82 PWLWHIV; semi-structured interviews were conducted in a public hospital in Rio de Janeiro. Results: A total of 65 (79.3%) PWLWHIV experienced a positive childbirth experience. Conversely, 14 (17.1%) PWLWHIV had a negative experience. The main reasons given by the PWLWHIV for positive experiences were the good health of the baby, their partner's presence at the childbirth, and good healthcare professional support. The main reasons for negative childbirth experiences were poor healthcare professional support, excessive pain or medication, and the absence of a companion during childbirth. Conclusions: Our findings indicate that the health of the baby at birth was the main factor in positive childbirth experiences. On the other hand, poor healthcare professional support was the main cause of negative childbirth experiences. Increasing the incidence of positive childbirth experiences could reduce maternal depression and anxiety, and significantly impact neonatal outcomes (mainly low birth weights and preterm birth). Future studies should target reducing depressive symptoms in perinatal HIV-positive women, increasing partner involvement, and decreasing HIV stigma.



Academic Editor: Paul E Rapp

Received: 12 February 2025

Revised: 21 March 2025

Accepted: 25 March 2025

Published: 31 March 2025

Citation: de Azevedo, A. P., Castro, L., Hofer, C. B., & Rego, F. (2025). Major Factors Contributing to Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with HIV. *Behavioral Sciences*, 15(4), 442. <https://doi.org/10.3390/bs15040442>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Keywords: childbirth; HIV; obstetrics; patient satisfaction; positive experience; negative experience

1. Objective

The aim of this study was to determine the most important factors for positive and negative childbirth experiences in pregnant women living with HIV (PWLWHIV).

2. Introduction

The incidence of HIV among pregnant women is influenced by factors such as geographic location, access to healthcare, and sociodemographic characteristics. These findings underscore the importance of targeted HIV prevention and treatment strategies during pregnancy to reduce mother-to-child transmission and improve maternal health outcomes. A systematic review and meta-analysis reported an HIV incidence rate of 3.6 per 100 person-years among pregnant and breastfeeding women in sub-Saharan Africa, with variability between different populations (Graybill et al., 2020).

Experiences of pregnancy and birth are important and have long-term impacts on the well-being of women and their families. Perinatal services should aim for care that promotes a positive childbearing experience, as well as optimizing health outcomes for the woman and newborn (Hall et al., 2023; Leinweber et al., 2023). A positive childbirth experience is influenced by several key factors, which can be broadly categorized into healthcare provider attributes, health system attributes, communication and decision making, and the overall experience of care. These aspects encompass both the emotional and physical aspects of care (Leinweber et al., 2023). A positive childbirth experience is characterized by a combination of emotional support, respectful and competent care, effective communication, and a safe and supportive environment. These factors collectively contribute to a woman's sense of control, safety, and respect during childbirth, leading to a positive experience (Hall et al., 2023; Hemalatha, 2012; Montgomery, 2003; Powell et al., 2017).

Competent and professional healthcare providers who offer respectful and individualized care are crucial. Providers who facilitate shared decision making and provide continuous support during labor significantly enhance the childbirth experience (Hall et al., 2023; Taheri et al., 2018). Effective communication and the involvement of women in decision-making processes are essential. Pregnant women who feel informed and involved in their care are more likely to report positive childbirth experiences (Baranowska et al., 2020; Hall et al., 2023; Nicolero-SantaBarbara et al., 2017). Effective communication can alleviate maternal anxiety, which is often heightened in older mothers due to the increased risk of complications. Maternal age influences childbirth outcomes through increased medical risks and the need for specialized, integrated care. Effective communication and a supportive care environment are essential to mitigate these risks and enhance the childbirth experience for older mothers (Vandekerckhove et al., 2021).

A study by Nicolero-SantaBarbara et al. demonstrated that better communication, collaboration, and empowerment from healthcare providers were associated with more frequent salutary health behavior practices in late pregnancy, mediated by reductions in anxiety (Nicolero-SantaBarbara et al., 2017). Effective patient-provider communication is essential for older mothers, as it can reduce anxiety, set realistic expectations, and enhance understanding and decision making, thereby improving childbirth outcomes. Moreover, patient-centered communication that includes messages of empowerment, emotional support, and clear explanations can help set realistic and flexible expectations for the birthing experience (Kaimal & Norton, 2021).

The physical and psychological environment of the birth setting plays a significant role in pregnant women's decision-making process (Chen et al., 2023). Elements such as a "homey" atmosphere, comfort, demedicalization of the birthing environment, and the presence of birth partners can improve outcomes and satisfaction. This description from mothers highlights the importance of provider interactions for facilitating a positive childbirth experience. Feeling supported and having a sense of control, safety, and respect are central tenets (Chen et al., 2023; Downe et al., 2018; Leinweber et al., 2023). The most effective strategies to create a positive birth experience are supporting women during birth, intrapartum care with minimal intervention, and birth preparedness (Taheri et al., 2018; Vandekerckhove et al., 2021).

Emotional support and addressing stigma are also vital. PWLWHIV often face significant psychological and emotional challenges, including stigma and HIV-related shame, which can impact their childbirth experience and postpartum care engagement (Fentie et al., 2022). Providing a supportive environment that includes counseling and peer support can help mitigate these challenges (Fentie et al., 2022). Maternity care should be designed to cater to or meet women's personal and socio-cultural beliefs and expectations (Baumont et al., 2023).

Maternal stress, including stress, depression, and PTSD (post-traumatic stress disorder), from negative childbirth experiences, particularly in women living with HIV treated with antivirals, is closely associated with adverse cognitive outcomes (Boivin et al., 2019; Magondo et al., 2024; Schoeman et al., 2017). Higher maternal stress and depression scores were linked to lower overall cognitive scores in HIV-exposed infants, affecting domains such as expressive language, fine motor skills, gross motor skills, and visual reception (Mebrahtu et al., 2018; Nöthling et al., 2013). Maternal PTSD and depression are significant risk factors for child behavior problems (Nöthling et al., 2013; Rodriguez et al., 2018b). Moreover, Marr et al. found that increasing maternal stress during late pregnancy was associated with altered neonatal amygdala connectivity to the anterior insula and the ventromedial prefrontal cortex, as well as negative affect in infants, which can lead to poor long-term cognitive development (Marr et al., 2023).

High maternal HIV viremia during pregnancy can contribute to neonatal cognitive impairments, including deficits in global cognitive abilities, short-term memory, delayed memory, attention, and processing speed (Awadu et al., 2022; Benki-Nugent et al., 2017). Additionally, le Roux et al. reported that cumulative maternal viremia predicted lower motor and expressive language scores (le Roux et al., 2019). Young et al. showed that HEU children scored significantly lower on measures of Full-Scale IQ, Performance IQ, visual motor integration, and adaptive functioning during early childhood (Young et al., 2022).

In utero and peripartum exposure to certain antiretroviral therapies (ARTs) has been associated with developmental disorders. For instance, one study found that children exposed to a combination of single-dose nevirapine, zidovudine, and lamivudine (SdNVP + AZT + 3TC) had higher probabilities of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), autism spectrum disorder (ASD), and functional impairment compared with those not exposed to this therapy (Awadu et al., 2022).

3. Material and Methods

A cross-sectional study was conducted at a public prenatal care center in Rio de Janeiro that cares for PWLWHIV (De Azevedo et al., 2025). At this institution, prenatal care is provided by specialists in obstetrics and gynecology, infectiologists, and nurses. Semi-structured interviews with the PWLWHIV were conducted during the first month of postnatal care. They were asked if they had a positive or negative experience and to give three factors that contributed to this positive or negative experience. All the interviews were conducted by one researcher, and the participants filled out the questionnaire in a quiet environment without any interruptions. The researcher remained available to answer any questions and to clarify any specific aspects of the questionnaire items. The doctors or midwives who assisted in the childbirth were not informed of this study to avoid any bias.

The inclusion criteria were PWLWHIV who were 18 years or older and had a childbirth experience less than one month ago at a public maternity ward in Rio de Janeiro.

The exclusion criteria were preterm birth and PWLWHIV who could not understand the interview and the questions.

Considering the annual number of PWLWHIV in Rio de Janeiro (N), we defined a margin of error of 4 points (resulting in a confidence interval with an amplitude of 8 points), a confidence level of 95%, and a variance of 369 (Lopes et al., 2019, 2021a, 2021b). With these parameters, the calculation indicated a minimum sample of 80 participants. Therefore, we set a minimum sample size of 80 pregnant women for this study. For this study, all PWLWHIV that met the inclusion criteria were included until the minimum size was achieved, with the enrollment period lasting from June 2023 to December 2023.

3.1. Instrument

A semi-structured interview was developed and conducted, which involved a questionnaire (used to collect sociodemographic data and information about the labor, the delivery, and the baby) and a question about whether the childbirth was positive, negative, or neither positive nor negative. The PWLWHIV were also asked to give the three main causes that led to their experience.

3.2. Data Analysis

The variables were maternal age (years); parity (primiparity or multiparity); ethnicity (white, mixed, or black); type of delivery (vaginal or cesarean); newborn sex (male or female); gestational age at birth (weeks); birth weight (grams); 1 min Apgar score (0 = score > 7; 1 = score ≤ 7); length at birth (cm); and complications during birth. Table 1 displays the variables studied: the sociodemographic and birth characteristics of the study population, which is the same as that used in a study using the Mackey questionnaire (De Azevedo et al., 2025).

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample (N = 82).

Variable	Value
Mother	
Maternal age at birth	28.5 [23.3; 28.6], 19–49
Ethnicity	
White	14 (17.1%)
Mixed	34 (41.5%)
Black	34 (41.5%)
Number of pregnancies	1.5 [1; 3], 1–6
Number of previous deliveries	0 [0; 2], 0–7
Planned pregnancy	
No	69 (84.1%)
Yes	13 (15.9%)
Viral load at 34 weeks	
Detectable	1 (1.2%)
Undetectable	79 (96.3%)
Undetermined	2 (2.4%)
Birth type	
Cesarean	25 (30.5%)
Vaginal	57 (69.5%)
Baby	
Age (weeks)	
38	20 (24.4%)
39	32 (39.0%)
40	24 (29.3%)
41	6 (7.3%)
Sex	
Female	40 (48.8%)
Male	42 (51.2%)
Weight	3180 (247), 2580–3820
Apgar score at 1 min	9 [8; 9], 1–9
Apgar score at 5 min	9 [9; 9], 2–10
Birth complications	
No	75 (91.5%)
Yes	7 (8.5%)

Results are described using absolute and relative frequencies (n (%)); median [1st quartile; 3rd quartile]; and mean (SD), min–max.

When asked if their childbirth experience was positive or negative and the factors that contributed to it, the PWLWHIV were allowed to answer freely and could give one, two, or three reasons. Through content analysis, the answers were divided into 7 groups for positive experiences and 7 groups for negative experiences. Table 2 shows the answers given by the PWLWHIV and their groupings.

Table 2. Reasons given by PWLWHIV to explain their childbirth experience (N = 82).

Group	Answers	n (%)
Positive reasons		
Baby health	Baby was crying Healthy baby Baby's well-being Baby's birth Saw the baby's face Had skin-to-skin contact with baby	33 (40.2)
Companion presence	Husband was present Mother was present Husband could not enter delivery room Happiness of husband Support from husband Absence of a partner	26 (31.7)
Good healthcare professional support	Support from nurses Wonderful doctors Excellent doctors Excellent nurses Attention from doctors Good support from doctors Attention from healthcare professionals Wonderful nurses Given respect from all healthcare professionals Excellent anesthetist	25 (30.5)
Good physical structure of maternity ward	Good hygiene in maternity ward Good structure of maternity ward	8 (9.8)
Everything went well	Everything went well Everything was perfect Fully assisted in maternity ward	4 (4.9)
Did not feel pain	Did not feel pain during birth	1 (1.2)
Prenatal visit to maternity ward	Visited maternity ward before the childbirth	1 (1.2)
Negative reasons		
Poor healthcare professional support	Poor care from doctors Poor care from nurses Poor care from nurses and doctors Lack of attention from nurses Absence of nurses during labor	12 (14.6)
Companion absence	Absence of mother No companion Absence of husband	6 (7.3)
Excessive pain or medication	Terrible expulsive period Large amount of bleeding and pain Painful birth Long fast Excessive pain	7 (8.5)
Poor physical structure of maternity ward	Bed was not secure	1 (1.2)
Absence of birth information	Absence of birth information	1 (1.2)
Complications for baby	Baby was suffering Baby went to UTI No contact with baby	3 (3.7)
Cesarean delay	Cesarean delay	2 (2.4)

The factors that contributed to a positive experience were baby health; the presence of a companion; good assistance from healthcare professionals (doctors, nurses, and midwives); everything going well; good physical structure of the maternity ward; an early visit to the maternity ward during prenatal care; and a lack of pain during childbirth.

The factors that contributed to a negative experience were an absence of a companion; poor assistance from the healthcare professionals (doctors, nurses, and midwives); complications for the baby; poor physical structure of the maternity ward; excessive pain or medication during birth; an absence of information during birth; and cesarean delay.

The descriptive statistics are presented as absolute (n) and relative (%) frequencies for categorical variables, the mean and standard deviation (SD) for normally distributed quantitative variables, and the median with interquartile intervals (IQIs), minimum and maximum values, otherwise.

4. Results

This study was conducted on 82 PWLWHIV in public maternity wards in Rio de Janeiro. Table 1 displays the sociodemographic and birth characteristics of the study population, which is the same as that used in a study using the Mackey questionnaire (De Azevedo et al., 2025).

The participants ranged in age from 19 to 49 years, with a median age of 28.5 (IQI = [23.3; 28.6]). In terms of ethnicity, 14 were white (17.1%), 34 were mixed (41.5%), and 34 were black (41.5%). Almost half of the PWLWHIV had not completed high school (40, 48.8%) and only 2 (2.4%) completed university. The majority were married or living unofficially with a partner (58, 70.7%), and an additional 24 (29.2%) were single or divorced.

Their childbirth history ranged from one to six pregnancies, with a mean of one and a half pregnancies. Their parity ranged from zero to five. Forty-two (42, 51.2%) were pregnant with their first child. None of the women who had vaginal deliveries received either analgesia or anesthesia during the labor and birth. Only those who had a cesarean section received anesthesia (25, 30.5%).

There were no differences in the responses based on race, parity, or socio-economic status. Unfortunately, it was not possible to analyze the influence of viral load; companion support; whether it was a planned pregnancy; or smoking, alcohol, or drug use, because most of the PWLWHIV had the same profile.

A positive childbirth experience occurred for 65 PWLWHIV (79.3%) (Figure 1). The main reasons given by the PWLWHIV for positive childbirth experiences were associated with the health of the baby (n = 33, 40.2%), their partner's presence at childbirth (n = 26, 31.7%), and good support from the healthcare professionals (n = 25, 30.5%) (Figure 1). The main reasons for the negative childbirth experiences were poor healthcare professional support (n = 12, 14.6%), excessive pain or medication (n = 7, 8.5%), and the absence of a companion during childbirth (n = 6, 7.3%) (Figure 1).

Regarding whether it was the first baby or not, there was no statistical difference concerning satisfaction with childbirth. The other tables can be found in the Supplementary Material.

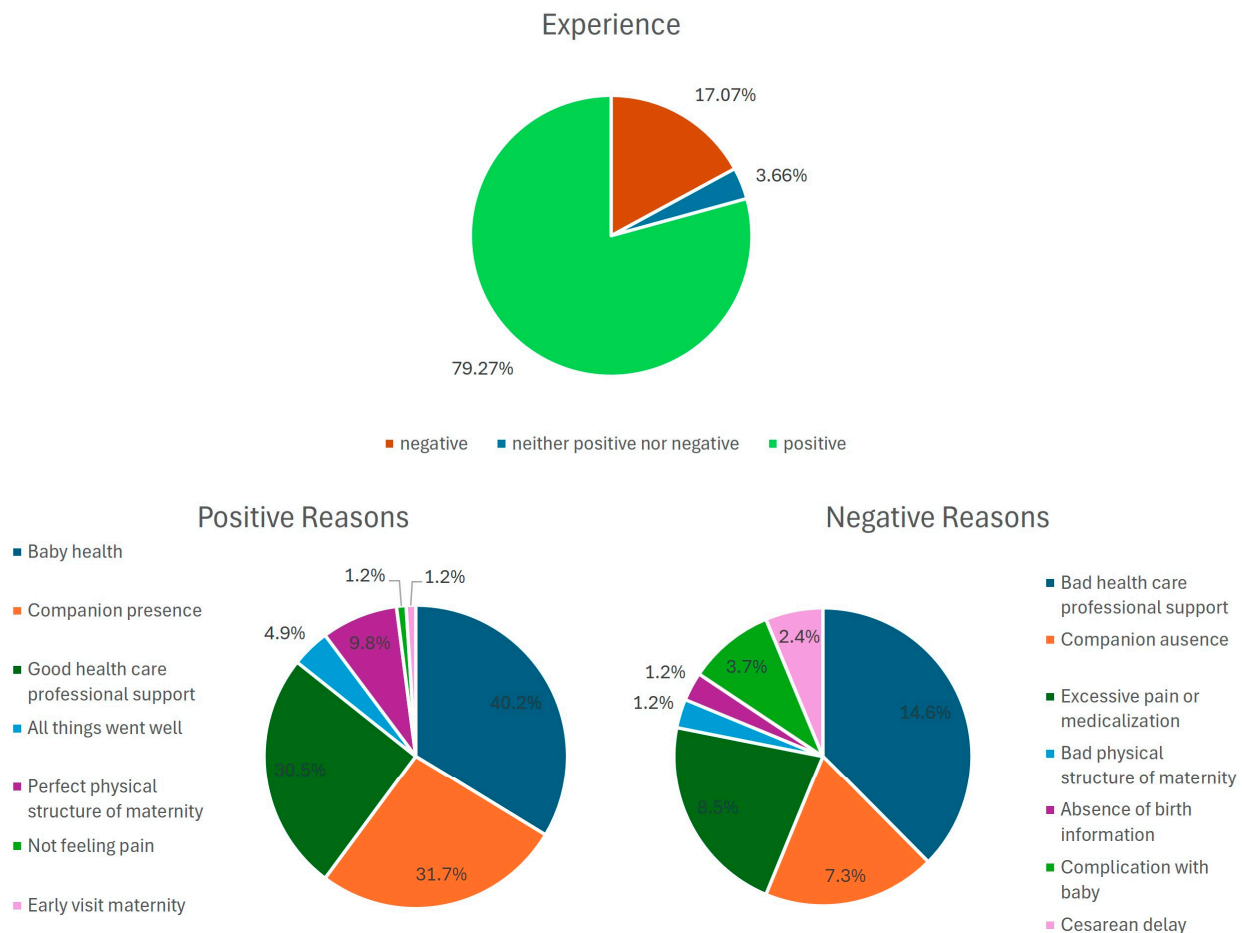


Figure 1. Reasons associated by PWLWHIV with positive and negative experiences in the sample (N = 82).

5. Discussion

For pregnant women, practical and emotional support from birth companions and competent healthcare professionals is important (Karlström et al., 2015). The presence of a supportive environment, including a trusting and respectful relationship with healthcare providers, is crucial. Additionally, effective communication and shared decision making are essential components that contribute to a positive experience (Downe et al., 2016; Hall et al., 2023).

The importance of a partner for PWLWHIV is multifaceted and significantly impacts both maternal and infant health outcomes. Male partner involvement in antenatal care has been shown to be critical in reducing the mother-to-child transmission (MTCT) of HIV and improving HIV-free survival among infants. A randomized controlled trial in South Africa demonstrated that active male partner involvement during pregnancy was associated with a significantly lower rate of HIV-infected infants at 12 months postpartum (adjusted odds ratio [aOR] = 4.55) and a lower proportion of dead and HIV-infected infants compared with those without partner involvement (aOR = 1.98) (Sifunda et al., 2019). Emotional and instrumental support from male partners is also crucial for the physical and mental health of pregnant women living with HIV. Qualitative interviews in Zambia highlighted that women prioritized communication, honesty, and respect in their relationships, and considered partner support essential for their well-being during pregnancy (Hampanda et al., 2021). Psychosocial support from partners can mitigate the stress and stigma associated with HIV during the perinatal period. In Uganda, women reported that partner support helped them navigate the challenges of HIV-related stigma and intimate partner violence, which are

common stressors during pregnancy ([Ashaba et al., 2017](#)). Partner support plays a crucial role in reducing maternal stress and improving mental health for PWLWHIV. Studies have shown that male partner involvement can significantly decrease depressive symptoms in HIV-positive pregnant women.

PWLWHIV also highly valued personal achievement and control through active decision making during labor and birth, even when medical interventions were necessary. The sense of being informed and involved in decisions regarding labor and pain management significantly impacts the overall experience ([Downe et al., 2016](#); [Hall et al., 2023](#)) ([Medema-Wijnveen et al., 2012](#)). This is in accordance with our study, as the first and third most common reasons for a negative childbirth experience were related to healthcare professionals. PWLWHIV value practical and emotional support from birth companions and competent, reassuring, and kind clinical staff. The presence of a supportive environment, including a trusting and respectful relationship with healthcare providers, is crucial. Additionally, effective communication and shared decision making are essential components that contribute to a positive experience ([Kunneman & Montori, 2017](#); [Meyer et al., 2017](#); [Noone, 2002](#)).

The physical environment also plays a role (fourth most common reason), with PWLWHIV emphasizing the importance of a clinically and psychologically safe environment, preserving the individuality of PWLWHIV ([Watt et al., 2024](#)).

PWLWHIV without partner support face several common psychological challenges, which can significantly impact their mental health and overall well-being. Depression and anxiety are highly prevalent among PWLWHIV lacking partner support ([Tuthill et al., 2021](#); [Waldron et al., 2022](#)). A study in Tanzania found that 25% of such women met the criteria for depression, and 23.5% for anxiety ([Ngocho et al., 2019](#)). A lack of partner support for PWLWHIV can lead to increased risks of adverse birth outcomes, impaired infant development ([Rodriguez et al., 2018b](#)), nonadherence to ART ([Lin et al., 2023](#)), and higher neonatal mortality ([Larsen et al., 2023](#)), primarily due to the exacerbation of maternal depression, anxiety, and social isolation. Addressing these psychosocial factors is crucial for improving both maternal and neonatal health outcomes. A study in Tanzania found that antenatal depression was prevalent in 67% of the cohort, and was associated with a higher risk of infant wasting (relative risk [RR]: 2.61) ([Saleh et al., 2023](#)). Another study in Kenya highlighted that depressive symptoms were linked to a five-fold increase in pregnancy loss and a higher risk of preterm birth ([Larsen et al., 2023](#)).

The promotion of a positive birth experience has been a main goal of the World Health Organization (WHO)'s recent work on improving maternity care ([WHO, n.d.](#)). Improving maternal care to exceed maternal expectations leads to positive childbirth experiences and involves several key strategies grounded in evidence-based practices. First, ensuring respectful and dignified care is paramount ([Mohamoud et al., 2023](#); [Patel et al., 2024](#)). Training healthcare providers in respectful maternity care (RMC) has been shown to significantly improve maternal satisfaction and birth experiences. This includes fostering a supportive environment where women feel valued and respected throughout their childbirth experience ([Singh et al., 2024](#)). Second, shared decision making and patient autonomy are critical. Many PWLWHIV feel excluded from decision-making processes regarding their care. They report that healthcare providers often do not seek their consent before procedures or involve them in care decisions, leading to feelings of disempowerment and a lack of autonomy ([Alruwaili et al., 2024](#); [Hughes et al., 2022](#); [Jolly et al., 2019](#)). Women value being active participants in their care, making informed decisions, and having their preferences respected. This can be facilitated through individualized care plans and effective communication from healthcare providers ([Baumont et al., 2023](#); [Downe et al., 2016](#)). Third, continuity of care and emotional support are essential. Women benefit from

consistent care providers and the presence of birth companions, which contribute to a sense of safety and support. Emotional support from both healthcare providers and companions can significantly enhance the childbirth experience (Downe et al., 2016; Yelland et al., 2009). Fourth, postnatal support is crucial for maternal well-being. Providing comprehensive postnatal care, including domiciliary visits and accessible support services, can address physical and emotional postpartum health needs (Hannon et al., 2022; Yelland et al., 2009). Lastly, addressing systemic healthcare issues such as healthcare provider training, resource availability, and infrastructure improvements can enhance the overall quality of maternal care. Ensuring adequate staffing, improving facilities, and implementing patient feedback mechanisms are important steps (Lazzerini et al., 2020; Mauluka et al., 2023; Valente et al., 2022). These strategies are supported by evidence from multiple studies and align with the World Health Organization's standards for quality maternal care (Downe et al., 2016; Hannon et al., 2022; Lazzerini et al., 2020; Mauluka et al., 2023; Singh et al., 2024).

Structural and organizational issues such as overcrowding, lack of privacy, and inadequate facilities lead to negative childbirth experiences. PWLWHIV also report long waiting times and insufficient human resources, which can negatively impact the quality of care they receive (Lambert et al., 2018; Oyugi et al., 2024), which was also reported in our study.

Maternal mental health plays a significant role in the neurodevelopment of HIV-exposed uninfected (HEU) children. Maternal depression and stress are associated with adverse neonatal and neurodevelopmental outcomes in these children, mainly low birth weights and preterm birth (Grigoriadis et al., 2018; Portwood et al., 2023; Voit et al., 2022). Higher maternal depression scores are linked to lower overall cognitive scores in specific domains such as expressive language, fine motor skills, gross motor skills, and visual reception in HEU infants (Mebrahtu et al., 2018). Additionally, maternal stress is associated with poorer cognitive outcomes, particularly in expressive language, gross motor skills, and visual reception (Mebrahtu et al., 2018).

Maternal depression, both pre- and postpartum, has been shown to predict cognitive delays and gross motor development issues in HEU infants (Mokhele et al., 2019; Rodriguez et al., 2018a). Furthermore, maternal post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression are significant risk factors for child behavior problems, with maternal PTSD having the greatest explanatory power for these issues (Nöthling et al., 2013). Persistent maternal mental health disorders, including depression and anxiety, are associated with lower cognitive and motor scores in infants (Burger et al., 2023). Suicidal ideation is also linked to poorer cognitive outcomes in children (Mebrahtu et al., 2020). Prohibiting having a birth companion during labor and delivery can contribute to feelings of isolation and anxiety (Hughes et al., 2022; Lambert et al., 2018).

Negative childbirth experiences can exacerbate postpartum mental health issues (Akinsolu et al., 2023; Larsen et al., 2023). Akinsolu et al. highlighted that having a partner was significantly associated with lower perceived depression among PWLWHIV as they provide emotional and psychological stability, reducing the risk of postpartum depression and mitigating the effects of previous negative childbirth experiences. This indicates that partner support can buffer the negative impact of adverse childbirth experiences on postpartum mental health (Akinsolu et al., 2023). A negative childbirth experience for PWLWHIV can also significantly influence their reproductive intentions and outcomes in subsequent pregnancies (Fortin-Hughes et al., 2019).

This study had a limitation, which is that almost all PWLWHIV had a low viral load, which could be associated with better neonatal outcomes.

6. Conclusions

6.1. Practical Implications

PWLWHIV had positive childbirth experiences in public maternity wards in Rio de Janeiro. Our findings indicate that complications with baby health at birth was the main factor associated with a negative childbirth experience. Other studies have found that the perinatal period is a time of stress for all pregnant women, especially PWLWHIV (Hickson, 1998). The challenges experienced by PWLWHIV may compromise successful engagement in HIV care and may reduce the quality of life for these women and their children (Ashaba et al., 2017). The health of babies born to HIV-positive mothers is critically dependent on early HIV detection, effective ART, and careful management of the pregnancy and delivery to minimize MTCT and optimize neonatal outcomes.

Partner involvement is crucial for improving maternal and infant health outcomes in PWLWHIV through enhanced support, better ART adherence, and reduced MTCT rates; therefore, new approaches must be implemented involving PWLWHIV partners (Dinh et al., 2018; Sifunda et al., 2019).

6.2. Limitations of the Study

One of the limitations of our study was that we did not study postnatal child development. As we discussed above, prenatal through to postnatal care is important in child development. Another limitation was not assessing maternal mental health using specific scores, such as the Edinburgh Postnatal Depression Scale, a 10-item self-rated scale (Kroska & Stowe, 2020; Miller et al., 2023).

Another limitation is the small sample used, but it is representative of the population of Rio de Janeiro, which was ensured by the sample calculation.

6.3. Recommendations for Future Research

Future research on improving childbirth experiences for PWLWHIV should include approaches targeting emotional, social, and health factors. Maternity service providers should consider a multi-faceted approach to reorient pre- and postnatal services in order to improve PWLWHIV's experiences of care. Approaches worthy of consideration include ensuring consistency and continuity of care through staffing arrangements; guidelines and protocols based on PWLWHIV's decision making; an emphasis on planning for postnatal care during pregnancy; the use of evidence to inform both consumer information and advice, and in the practice of providing care; and skill-enhancement opportunities for improving healthcare professional communication with PWLWHIV.

Interventions targeting reductions in depressive symptoms in perinatal HIV-positive women could include increasing partner involvement and decreasing HIV stigma and intimate partner violence (Peltzer et al., 2020).

Addressing antenatal depression and anxiety through cognitive behavioral therapy (CBT) and other psychosocial interventions could also significantly reduce depressive symptoms, which are associated with adverse birth outcomes (Jacobson et al., 2021; Mendelson et al., 2017; Mphonda et al., 2023; Sakyi et al., 2020).

6.4. Ethical Considerations

Human ethics approval was granted from the IPPMG and CONEP (National Commission in Research Ethics). All the PWLWHIV who enrolled in the study met the inclusion criteria, and this study was explained to them. They were informed that their participation was voluntary, and their responses were confidential. Written informed consent was then obtained, and data collection was completed. Before beginning the interviews, we ensured that the women understood the information provided, consented to participate, and al-

lowed the extraction of their data for the specified aims. The data were pseudo-anonymized before the analysis. This study complied with the guidelines for human research in the Declaration of Helsinki.

Supplementary Materials: The following supporting information can be downloaded at: <https://www.mdpi.com/article/10.3390/bs15040442/s1>, Table S1: Frequency of positive and negative experience of the sample (N = 82). Table S2. Frequency of PWLWHIV reasons to classify their childbirth experience (N = 82). Figure S1. Frequency of positive experience, regarding if it is the first baby or not.

Author Contributions: Conceptualization: A.P.d.A., F.R. and C.B.H. Data analysis: A.P.d.A., L.C. and F.R. Writing: A.P.d.A., L.C., C.B.H. and F.R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Human Research Ethics Committee of Federal University of Rio de Janeiro (CAAE; No. 66217722.2.0000.5264—6.130.657; 20 June 2023).

Informed Consent Statement: This study was approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Rio de Janeiro (CAAE; No. 66217722.2.0000.5264—6.130.657; 20 June 2023). Written informed consent was obtained from all participants.

Data Availability Statement: Further inquiries about original data can be asked directed to the corresponding author.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

- Akinsolu, F. T., Abodunrin, O. R., Lawale, A. A., Bankole, S. A., Adegbite, Z. O., Adewole, I. E., Olagunju, M. T., Ola, O. M., Dabar, A. M., Sanni-Adeniyi, R. A., Gambari, A. O., Njuguna, D. W., Salako, A. O., & Ezechi, O. C. (2023). Depression and perceived stress among perinatal women living with HIV in Nigeria. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1259830. [\[CrossRef\]](#)
- Alruwaili, T. A., Crawford, K., & Fooladi, E. (2024). Shared decision-making in maternity care in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Midwifery*, *138*, 104147. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Ashaba, S., Kaida, A., Coleman, J. N., Burns, B. F., Dunkley, E., O'Neil, K., Kastner, J., Sanyu, N., Akatukwasa, C., Bangsberg, D. R., Matthews, L. T., & Psaros, C. (2017). Psychosocial challenges facing women living with HIV during the perinatal period in rural Uganda. *PLoS ONE*, *12*(5), e0176256. [\[CrossRef\]](#)
- Awadu, J. E., Sikorskii, A., Zalwango, S., Coventry, A., Giordani, B., & Ezeamama, A. E. (2022). Developmental disorder probability scores at 6–18 years old in relation to in-utero/peripartum antiretroviral drug exposure among Ugandan children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3725. [\[CrossRef\]](#)
- Baranowska, B., Kajdy, A., Pawlicka, P., Pokropek, E., Rabiński, M., Sys, D., & Pokropek, A. (2020). What are the critical elements of satisfaction and experience in labor and childbirth—A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(24), 9295. [\[CrossRef\]](#)
- Baumont, M. S., Dekker, C. S., Rabinovitch Blecker, N., Turlington Burns, C., & Strauss, N. E. (2023). Every Mother Counts: Listening to mothers to transform maternity care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *228*(5), S954–S964. [\[CrossRef\]](#)
- Benki-Nugent, S., Wamalwa, D., Langat, A., Tapia, K., Adhiambo, J., Chebet, D., Okinyi, H. M., & John-Stewart, G. (2017). Comparison of developmental milestone attainment in early treated HIV-infected infants versus HIV-unexposed infants: A prospective cohort study. *BMC Pediatrics*, *17*(1), 24. [\[CrossRef\]](#)
- Boivin, M. J., Maliwichi-Senganimalunje, L., Ogwang, L. W., Kawalazira, R., Sikorskii, A., Familiar-Lopez, I., Kuteesa, A., Nyakato, M., Mutebe, A., Namukooli, J. L., Mallewa, M., Ruiseñor-Escudero, H., Aizire, J., Taha, T. E., & Fowler, M. G. (2019). Neurodevelopmental effects of ante-partum and post-partum antiretroviral exposure in HIV-exposed and uninfected children versus HIV-unexposed and uninfected children in Uganda and Malawi: A prospective cohort study. *The Lancet HIV*, *6*(8), e518–e530. [\[CrossRef\]](#)
- Burger, M., Einspieler, C., Jordaan, E. R., Unger, M., & Niehaus, D. J. H. (2023). Persistent maternal mental health disorders and toddler neurodevelopment at 18 months: Longitudinal follow-up of a low-income South African cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(12), 6192. [\[CrossRef\]](#)

- Chen, L., Pan, W., Mu, P., & Gau, M. (2023). Birth environment interventions and outcomes: A scoping review. *Birth*, 50(4), 735–748. [\[CrossRef\]](#)
- De Azevedo, A. P., Castro, L., Hofer, C. B., & Rego, F. (2025). The childbirth experience of pregnant women living with HIV virus. *Journal of Clinical Medicine*, 14(6), 1975. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Dinh, T.-H., Mushavi, A., Shiraiishi, R. W., Tippet Barr, B., Balachandra, S., Shambira, G., Nyakura, J., Zinyowera, S., Tshimanga, M., Mugurungi, O., & Kilmarx, P. H. (2018). Impact of timing of antiretroviral treatment and birth weight on mother-to-child human immunodeficiency virus transmission: Findings from an 18-month prospective cohort of a nationally representative sample of mother–infant pairs during the transition from Option A to Option B+ in Zimbabwe. *Clinical Infectious Diseases*, 66(4), 576–585. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*, 13(4), e0194906. [\[CrossRef\]](#)
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), 529–539. [\[CrossRef\]](#)
- Fentie, E. A., Yeshita, H. Y., Shewarega, E. S., Boke, M. M., Kidie, A. A., & Alemu, T. G. (2022). Adverse birth outcome and associated factors among mothers with HIV who gave birth in northwest Amhara region referral hospitals, northwest Ethiopia, 2020. *Scientific Reports*, 12(1), 22514. [\[CrossRef\]](#)
- Fortin-Hughes, M., Proulx-Boucher, K., Rodrigue, C., Otis, J., Kaida, A., Boucoiran, I., Greene, S., Kennedy, L., Webster, K., Conway, T., Ménard, B., Loutfy, M., & de Pokomandy, A. (2019). Previous experiences of pregnancy and early motherhood among women living with HIV: A latent class analysis. *AIDS Care*, 31(11), 1427–1434. [\[CrossRef\]](#)
- Graybill, L. A., Kasaro, M., Freeborn, K., Walker, J. S., Poole, C., Powers, K. A., Mollan, K. R., Rosenberg, N. E., Vermund, S. H., Mutale, W., & Chi, B. H. (2020). Incident HIV among pregnant and breast-feeding women in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 34(5), 761–776. [\[CrossRef\]](#)
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C.-L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N. A., Guenette, M., & Richter, M. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 17r12011. [\[CrossRef\]](#)
- Hall, H., Fooladi, E., Kloester, J., Ullang, A., Sinni, S., White, C., McLaren, M., & Yeganeh, L. (2023). Factors that promote a positive childbearing experience: A qualitative study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 44–51. [\[CrossRef\]](#)
- Hampanda, K., Matenga, T. F. L., Nkwemu, S., Shankalala, P., Chi, B. H., Darbes, L. A., Turan, J. M., Mutale, W., Bull, S., & Abuogi, L. (2021). Designing a couple-based relationship strengthening and health enhancing intervention for pregnant women living with HIV and their male partners in Zambia: Interview findings from the target community. *Social Science & Medicine*, 283, 114029. [\[CrossRef\]](#)
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expectations*, 25(6), 2971–2981. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Hemalatha, B. S. (2012). Care of mother with HIV / AIDS. *The Nursing Journal of India*, 103(5), 198–200. [\[PubMed\]](#)
- Hickson, G. (1998). Satisfaction with obstetric care: Relation to neonatal intensive care. *Obstetrics & Gynecology*, 91(2), 288–292. [\[CrossRef\]](#)
- Hughes, C. S., Kamanga, M., Jenny, A., Ziemann, B., Warren, C., Walker, D., & Kazembe, A. (2022). Perceptions and predictors of respectful maternity care in Malawi: A quantitative cross-sectional analysis. *Midwifery*, 112, 103403. [\[CrossRef\]](#)
- Jacobson, D. L., Neri, D., Gaskins, A., Yee, L., Mendez, A. J., Hendricks, K., Siminski, S., Zash, R., Hyzy, L., & Jao, J. (2021). Maternal anemia and preterm birth among women living with HIV in the United States. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 113(6), 1402–1410. [\[CrossRef\]](#)
- Jolly, Y., Aminu, M., Mgawadere, F., & van den Broek, N. (2019). “We are the ones who should make the decision”—Knowledge and understanding of the rights-based approach to maternity care among women and healthcare providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 42. [\[CrossRef\]](#)
- Kaimal, A., & Norton, M. E. (2021). Society for maternal-fetal medicine consult series #55: Counseling women at increased risk of maternal morbidity and mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), B16–B23. [\[CrossRef\]](#)
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 251. [\[CrossRef\]](#)
- Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020). Postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 409–419. [\[CrossRef\]](#)
- Kunneman, M., & Montori, V. M. (2017). When patient-centred care is worth doing well: Informed consent or shared decision-making. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 522–524. [\[CrossRef\]](#)
- Lambert, J., Etsane, E., Bergh, A.-M., Pattinson, R., & van den Broek, N. (2018). ‘I thought they were going to handle me like a queen but they didn’t’: A qualitative study exploring the quality of care provided to women at the time of birth. *Midwifery*, 62, 256–263. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)

- Larsen, A., Pintye, J., Abuna, F., Bhat, A., Dettinger, J. C., Gomez, L., Marwa, M. M., Ngumbau, N., Odhiambo, B., Phipps, A. I., Richardson, B. A., Watoyi, S., Stern, J., Kinuthia, J., & John-Stewart, G. (2023). Risks of adverse perinatal outcomes in relation to maternal depressive symptoms: A prospective cohort study in Kenya. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 37(6), 489–504. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Lazzerini, M., Mariani, I., Semenzato, C., & Valente, E. P. (2020). Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: A cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open*, 10(9), e037063. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Karlsdottir, S. I., Ekström-Bergström, A., Nilsson, C., Stramrood, C., & Thomson, G. (2023). Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 50(2), 362–383. [\[CrossRef\]](#)
- le Roux, S. M., Donald, K. A., Kroon, M., Phillips, T. K., Lesosky, M., Esterhuyse, L., Zerbe, A., Brittain, K., Abrams, E. J., & Myer, L. (2019). HIV viremia during pregnancy and neurodevelopment of HIV-exposed uninfected children in the context of universal antiretroviral therapy and breastfeeding. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(1), 70–75. [\[CrossRef\]](#)
- Lin, D., Zhang, C., & Shi, H. (2023). Adverse impact of intimate partner violence against HIV-positive women during pregnancy and post-partum: Results from a meta-analysis of observational studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1624–1639. [\[CrossRef\]](#)
- Lopes, F., Carvas Júnior, N., Nakamura, M. U., & Nomura, R. M. Y. (2019). Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 41(6), 371–378. [\[CrossRef\]](#)
- Lopes, F., Júnior, N. C., Nakamura, M. U., & Nomura, R. M. Y. (2021a). Psychometric properties of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(13), 2173–2179. [\[CrossRef\]](#)
- Lopes, F., Nakamura, M. U., & Nomura, R. M. Y. (2021b). Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth*, 48(2), 251–256. [\[CrossRef\]](#)
- Magondo, N., Meintjes, E. M., Warton, F. L., Little, F., van der Kouwe, A. J. W., Laughton, B., Jankiewicz, M., & Holmes, M. J. (2024). Distinct alterations in white matter properties and organization related to maternal treatment initiation in neonates exposed to HIV but uninfected. *Scientific Reports*, 14(1), 8822. [\[CrossRef\]](#)
- Marr, M. C., Graham, A. M., Feczko, E., Nolvi, S., Thomas, E., Sturgeon, D., Schifsky, E., Rasmussen, J. M., Gilmore, J. H., Styner, M., Entringer, S., Wadhwa, P. D., Korja, R., Karlsson, H., Karlsson, L., Buss, C., & Fair, D. A. (2023). Maternal perinatal stress trajectories and negative affect and amygdala development in offspring. *American Journal of Psychiatry*, 180(10), 766–777. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Mauluka, C., Stones, W., Chiumia, I. K., & Maliwichi, L. (2023). Exploring a framework for demandable services from antenatal to postnatal care: A deep-dive dialogue with mothers, health workers and psychologists. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 390. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Mebrahtu, H., Sherr, L., Simms, V., Weiss, H. A., Rehman, A. M., Ndlovu, P., & Cowan, F. M. (2020). Effects of maternal suicidal ideation on child cognitive development: A longitudinal analysis. *AIDS and Behavior*, 24(8), 2421–2429. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Mebrahtu, H., Simms, V., Chingono, R., Mupambireyi, Z., Weiss, H. A., Ndlovu, P., Malaba, R., Cowan, F. M., & Sherr, L. (2018). Postpartum maternal mental health is associated with cognitive development of HIV-exposed infants in Zimbabwe: A cross-sectional study. *AIDS Care*, 30(Suppl. 2), 74–82. [\[CrossRef\]](#)
- Medema-Wijnveen, J. S., Onono, M., Bukusi, E. A., Miller, S., Cohen, C. R., & Turan, J. M. (2012). How perceptions of HIV-related stigma affect decision-making regarding childbirth in rural Kenya. *PLoS ONE*, 7(12), e51492. [\[CrossRef\]](#)
- Mendelson, T., Cluxton-Keller, F., Vullo, G. C., Tandon, S. D., & Noazin, S. (2017). NICU-based interventions to reduce maternal depressive and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Pediatrics*, 139(3), e20161870. [\[CrossRef\]](#)
- Meyer, Y., Frank, F., Schläppy Muntwyler, F., Fleming, V., & Pehlke-Milde, J. (2017). Decision-making in Swiss home-like childbirth: A grounded theory study. *Women and Birth*, 30(6), e272–e280. [\[CrossRef\]](#)
- Miller, E. S., Metz, T., Simas, T. A. M., Hoffman, M. C., Byatt, N., & Roussos-Ross, K. (2023). Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 141(6), 1262–1288. [\[CrossRef\]](#)
- Mohamoud, Y. A., Cassidy, E., Fuchs, E., Womack, L. S., Romero, L., Kipling, L., Oza-Frank, R., Baca, K., Galang, R. R., Stewart, A., Carrigan, S., Mullen, J., Busacker, A., Behm, B., Hollier, L. M., Kroelinger, C., Mueller, T., Barfield, W. D., & Cox, S. (2023). *Vital Signs: Maternity care experiences—United States, April 2023*. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(35), 961–967. [\[CrossRef\]](#)
- Mokhele, I., Nattey, C., Jinga, N., Mongwenyana, C., Fox, M. P., & Onoya, D. (2019). Prevalence and predictors of postpartum depression by HIV status and timing of HIV diagnosis in Gauteng, South Africa. *PLoS ONE*, 14(4), e0214849. [\[CrossRef\]](#)
- Montgomery, K. S. (2003). Childbirth education for the HIV-positive woman. *The Journal of Perinatal Education*, 12(4), 16. [\[CrossRef\]](#)
- Mphonda, S., Dussault, J., Bengtson, A., Gaynes, B. N., Go, V., Hosseinipour, M. C., Kuliseva, K., Kutengule, A., Meltzer-Brody, S., Udedi, M., & Pence, B. (2023). Preferences for enhanced treatment options to address HIV care engagement among women living with HIV and perinatal depression in Malawi. *BMC Public Health*, 23(1), 1922. [\[CrossRef\]](#)

- Ngocho, J. S., Watt, M. H., Minja, L., Knettel, B. A., Mmbaga, B. T., Williams, P. P., & Sorsdahl, K. (2019). Depression and anxiety among pregnant women living with HIV in Kilimanjaro region, Tanzania. *PLoS ONE*, 14(10), e0224515. [\[CrossRef\]](#)
- Nicoloro-SantaBarbara, J., Rosenthal, L., Auerbach, M. V., Kocis, C., Busso, C., & Lobel, M. (2017). Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy. *Social Science & Medicine*, 190, 133–140. [\[CrossRef\]](#)
- Noone, J. (2002). Concept analysis of decision making. *Nursing Forum*, 37(3), 21–32. [\[CrossRef\]](#)
- Nöthling, J., Martin, C. L., Laughton, B., Cotton, M. F., & Seedat, S. (2013). Maternal post-traumatic stress disorder, depression and alcohol dependence and child behaviour outcomes in mother–child dyads infected with HIV: A longitudinal study. *BMJ Open*, 3(12), e003638. [\[CrossRef\]](#)
- Oyugi, B., Audi-Poquillon, Z., Kendall, S., & Peckham, S. (2024). Examining the quality of care across the continuum of maternal care (antenatal, perinatal and postnatal care) under the expanded free maternity policy (Linda Mama Policy) in Kenya: A mixed-methods study. *BMJ Open*, 14(5), e082011. [\[CrossRef\]](#)
- Patel, S. J., Truong, S., DeAndrade, S., Jacober, J., Medina, M., Diouf, K., Meadows, A., Nour, N., & Schantz-Dunn, J. (2024). Respectful maternity care in the United States—Characterizing inequities experienced by birthing people. *Maternal and Child Health Journal*, 28(7), 1133–1147. [\[CrossRef\]](#)
- Peltzer, K., Abbamonte, J. M., Mandell, L. N., Rodriguez, V. J., Lee, T. K., Weiss, S. M., & Jones, D. L. (2020). The effect of male involvement and a prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) intervention on depressive symptoms in perinatal HIV-infected rural South African women. *Archives of Women's Mental Health*, 23(1), 101–111. [\[CrossRef\]](#)
- Portwood, C., Sexton, H., Kumarendran, M., Brandon, Z., Kirtley, S., & Hemelaar, J. (2023). Adverse perinatal outcomes associated with antiretroviral therapy in women living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 9, 924593. [\[CrossRef\]](#)
- Powell, A. M., DeVita, J. M., Ogburu-Ogbonnaya, A., Peterson, A., & Lazenby, G. B. (2017). The effect of HIV-centered obstetric care on perinatal outcomes among a cohort of women living with HIV. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 75(4), 431–438. [\[CrossRef\]](#)
- Rodriguez, V. J., Mandell, L. N., Babayigit, S., Manohar, R. R., Weiss, S. M., & Jones, D. L. (2018a). Correlates of suicidal ideation during pregnancy and postpartum among women living with HIV in rural South Africa. *AIDS and Behavior*, 22(10), 3188–3197. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Rodriguez, V. J., Matseke, G., Cook, R., Bellinger, S., Weiss, S. M., Alcaide, M. L., Peltzer, K., Patton, D., Lopez, M., & Jones, D. L. (2018b). Infant development and pre- and post-partum depression in rural South African HIV-infected women. *AIDS and Behavior*, 22(6), 1766–1774. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Sakyi, K. S., Lartey, M. Y., Kennedy, C. E., Denison, J. A., Sacks, E., Owusu, P. G., Hurley, E. A., Mullany, L. C., & Surkan, P. J. (2020). Stigma toward small babies and their mothers in Ghana: A study of the experiences of postpartum women living with HIV. *PLoS ONE*, 15(10), e0239310. [\[CrossRef\]](#)
- Saleh, A., Perumal, N., Muhhi, A., Duggan, C. P., Ulenga, N., Al-Beity, F. M. A., Aboud, S., Fawzi, W. W., Manji, K. P., & Sudfeld, C. R. (2023). Associations between social support and symptoms of antenatal depression with infant growth and development among mothers living with HIV in Tanzania. *AIDS and Behavior*, 27(11), 3584–3595. [\[CrossRef\]](#)
- Schoeman, J. C., Moutloatse, G. P., Harms, A. C., Vreeken, R. J., Scherpbier, H. J., Van Leeuwen, L., Kuijpers, T. W., Reinecke, C. J., Berger, R., Hankemeier, T., & Bunders, M. J. (2017). Fetal metabolic stress disrupts immune homeostasis and induces proinflammatory responses in human immunodeficiency virus type 1– and combination antiretroviral therapy–exposed infants. *The Journal of Infectious Diseases*, 216(4), 436–446. [\[CrossRef\]](#)
- Sifunda, S., Peltzer, K., Rodriguez, V. J., Mandell, L. N., Lee, T. K., Ramlagan, S., Alcaide, M. L., Weiss, S. M., & Jones, D. L. (2019). Impact of male partner involvement on mother-to-child transmission of HIV and HIV-free survival among HIV-exposed infants in rural South Africa: Results from a two phase randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 14(6), e0217467. [\[CrossRef\]](#)
- Singh, M., Baruh, S., & Saxena, P. (2024). Impact of respectful maternal care training of health care providers on satisfaction with birth experience in mothers undergoing normal vaginal birth: A prospective interventional study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 168(2), 673–679. [\[CrossRef\]](#)
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15(1), 73. [\[CrossRef\]](#)
- Tuthill, E. L., Maltby, A. E., Odhiambo, B. C., Akama, E., Pellowski, J. A., Cohen, C. R., Weiser, S. D., & Conroy, A. A. (2021). “I found out I was pregnant, and I started feeling stressed”: A longitudinal qualitative perspective of mental health experiences among perinatal women living with HIV. *AIDS and Behavior*, 25(12), 4154–4168. [\[CrossRef\]](#)
- Valente, E. P., Mariani, I., Covi, B., & Lazzerini, M. (2022). Quality of informed consent practices around the time of childbirth: A cross-sectional study in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7166. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Vandekerckhove, M., Guignard, M., Civadier, M.-S., Benachi, A., & Bouyer, J. (2021). Impact of maternal age on obstetric and neonatal morbidity: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 732. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)

- Voit, F. A. C., Kajantie, E., Lemola, S., Räikkönen, K., Wolke, D., & Schnitzlein, D. D. (2022). Maternal mental health and adverse birth outcomes. *PLoS ONE*, 17(8), e0272210. [CrossRef] [PubMed]
- Waldron, E. M., Miller, E. S., Wee, V., Statton, A., Moskowitz, J. T., & Burnett-Zeigler, I. (2022). Stress, coping and the acceptability of mindfulness skills among pregnant and parenting women living with HIV in the United States: A focus group study. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e6255–e6266. [CrossRef]
- Watt, M. H., Marchand, V., Barabara, M. L., Minja, L. M., Stephens, M. J., Hanson, O. R., Mlay, P. S., Olomi, G. A., Kiwia, J. F., Mmbaga, B. T., & Cohen, S. R. (2024). Outcomes of the MAMA training: A simulation and experiential learning intervention for labor and delivery providers to improve respectful maternity care for women living with HIV in Tanzania. *AIDS and Behavior*, 28(6), 1898–1911. [CrossRef]
- WHO. (n.d.). *Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (accessed on 11 February 2025).
- Yelland, J., Krastev, A., & Brown, S. (2009). Enhancing early postnatal care: Findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery*, 25(4), 392–402. [CrossRef]
- Young, J. M., Bitnun, A., Read, S. E., & Smith, M. L. (2022). Neurodevelopment of HIV-exposed uninfected children compared with HIV-unexposed uninfected children during early childhood. *Developmental Psychology*, 58(3), 551–559. [CrossRef]

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

Supplementary tables

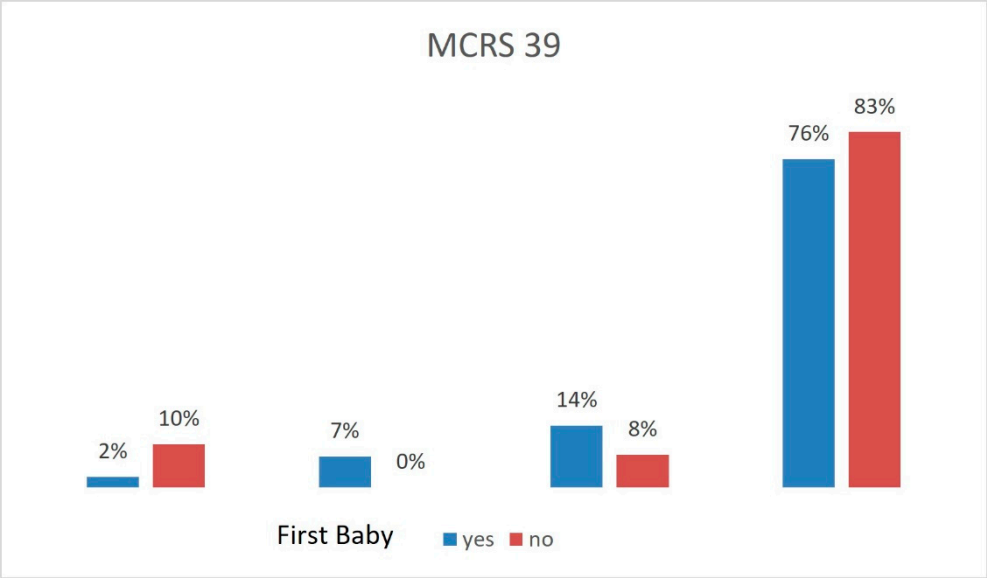
Table S1. Frequency of positive and negative experience of the sample (N=82).

	negative	neither positive nor negative	positive
Childbirth experience	14 (17.1%)	3 (3.6%)	65 (79.3%)

Table S2. Frequency of PWLWHIV reasons to classify their childbirth experience (N=82).

Groups	n(%)
Positive reasons	
Baby health	33 (40.2)
Companion presence	26 (31.7)
Good health care	25 (30.5)
professional support	
all things went well	4 (4.9)
perfect physical	8 (9.8)
structure of maternity	
not feeling pain	1 (1.2)
Early visit maternity	1 (1.2)
Negative reasons	
Bad health care	12 (14.6)
professional support	
Companion ausence	6 (7.3)
Excessive pain or	7 (8.5)
medicalization	
Bad physical structure	1 (1.2)
of maternity	
Absence of birth	1 (1.2)
information	
Complication with	3 (3.7)
baby	
Cesarean delay	2 (2.4)

Figure S1 . Frequency of positive experience, regarding if it is the first baby or not



9.4. ARTIGO 4

OBSTETRIC VIOLENCE AMONG PREGNANT WOMEN

LIVING WITH HIV VIRUS

Authors: Andréa Paula de Azevedo^{1,2}, Jorge Fonte Rezende Filho^{3,4}, Cristina Barroso Hofer³, Francisca Rego⁵

Submetido a Revista Violence Against Women

Violence Against Women VAW-25-04-0062

Externa

Violence Against Women <onbehalf@manuscriptcentral.com>

7 de jun. de
2025, 23:08

para mim, rezendef, cbhofer, mfrego

07-Jun-2025

Dear Dr DE AZEVEDO:

Your manuscript entitled "OBSTETRIC VIOLENCE AMONG PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV VIRUS" has been successfully submitted online and is presently being considered for publication in Violence Against Women. Your manuscript ID is VAW-25-04-0062.

Your manuscript will undergo a preliminary review to evaluate its suitability for the journal and its readability. If the preliminary review indicates that external review is warranted, your manuscript will be sent to two peer reviewers. You may expect to receive the reviewers' feedback, as well as a publication decision, in 4 to 6 months. For more information about the review timeline, please see the frequently asked questions at the bottom of this email.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence with the Editorial Office. If you change your contact information or email address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/vaw> and edit your user information as appropriate. You can also view the status of your manuscript at any time in your Manuscript Central account.

Andréa Paula de Azevedo

Sage encourages all authors and co-authors to use ORCID iDs during the peer review process. If you already have an ORCID iD you can link this to your account in Manuscript Central by logging in and editing your account information. If you do not already have an ORCID iD, you may log in to your Manuscript Central account to create your unique identifier and add it to your profile.

If you have any questions, please do not hesitate to contact the Editorial Office. Thank you for submitting your work to Violence Against Women.

Sincerely,
Violence Against Women Editorial Office

VAWJournal@gmail.com

OBSTETRIC VIOLENCE AMONG PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV VIRUS

Authors: Andréa Paula de Azevedo^{1,2}, Jorge Fonte Rezende Filho^{3,4}, Cristina Barroso Hofer³, Francisca Rego⁵

¹ PhD student in Bioethics, Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal

² Federal University of Rio de Janeiro, Brasil

³ Faculty of Medicine of Federal University of Rio de Janeiro, Brasil

⁴ Member of National Medicine Academy, Brasil

⁵ Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal

Correspondence to Andréa Paula de Azevedo – Rua Macedo Sobrinho, 45/ 201, Rio de Janeiro, 22271-080, Rio de Janeiro, Brasil, Email: andrea.azevedo@ippmq.ufri.br

OBJECTIVE:

Examine and summarize all available scientific literature on obstetric violence among pregnant women living with HIV virus (PWLWHIV).

ABSTRACT: Obstetrics violence (OV) among PWLWHIV is an important human rights violation and must be discussed at all levels of human Society, national and international health organizations as well as in the United Nations' agenda 2030. **METHODOLOGY:** A scoping review was conducted with internet searches on MEDLINE, PUBMED, WEB OF SCIENCE, Google Scholar, and Cochrane Library using keywords: birth, childbirth, HIV, parturition, violence. Articles were included if the title incorporated any information about mistreatment or violence on PWLWHIV's childbirth. Any study that did not have any of these informations was excluded. After a closer analysis of full text, 4 studies were identified and met the inclusion criteria of scoping review. **RESULTS:** None of these studies are conclusive. We need more studies evaluating the obstetric violence among PWLWHIV. This scoping review identified a gap in the literature that is still lacking in studies that need further research and clarification. **CONCLUSION:** More studies are needed to clarify what is the prevalence of obstetric violence among PWLWHIV, the risks factors and its causes.

KEY QUESTIONS: birth, childbirth, HIV, pregnant women

OBSTETRIC VIOLENCE WITH PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV VIRUS

OBJECTIVE

Examine and summarize all available scientific literature on obstetric violence with pregnant women living with HIV virus (PWLWHIV).

INTRODUCTION

The United Nations' Agenda 2030 for Sustainable Development reflects the interdependence and complexity of a changing world that requires global collective action, including in the fight against the HIV infection epidemic.(Nunes et al., n.d.) The global agenda has expanded in scope and complexity: the Sustainable Development Goals (SDGs) mandate the integration of efforts from all involved parties. The response to PWLWHIV is no exception: the epidemic will not end without addressing the health and vulnerability determinants, as well as the holistic needs of women at risk of HIV infection and those living with the virus(Nunes et al., n.d.). PWLWHIV are often in vulnerable communities and are disproportionately affected by discrimination, inequality, instability, and limited access to healthcare and prenatal services. The concerns of these individuals must be at the center of efforts for sustainable development. Moreover, the violence against these PWLWHIV deserve all our efforts to protect these vulnerable part of our society (*WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>, n.d.). Obstetrics violence among PWLWHIV is a problem of human rights, public health and must also be discussed at all levels of human Society, health national and international organizations and United Nations' agenda 2030 (Tobasía-Hege et al., 2019b). Maternal and neonatal violence and survival are among the most critical health challenges globally and at the core of strategies to achieve several Sustainable Development Goals, especially those related to maternal health (Goals 3.1 and 3.2), and the elimination of all forms of violence and discrimination against women (Goal 5.2).

Women and girls represented 54% of the 38.4 million persons living with HIV virus globally in 2021 and accounted for 49% of all the new HIV infections (Jones et

al., 2023). According to Epidemiological Bulletin on HIV/AIDS 2022, in Brazil, from 2000 until June 2022 (*Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis*, n.d.), 149,591 pregnant women in labor or postpartum were reported to have HIV infection.

Obstetric violence is defined as any conduct or omission, carried out by healthcare professionals, that appropriates women's bodily and reproductive processes, thereby excluding the patient's autonomy over her own body (De Sousa Carvalho et al., n.d.; Mendes et al., 2022; J. C. O. Silva et al., 2023). It is a form of gender-based violence that targets pregnant women during and beyond the intrapartum period. OV violates human rights and all evidence-based medicine, hindering the delivery of respectful maternity care (Khalil et al., 2022).

Physical obstetric violence occurs when invasive practices are performed or when there is a lack of respect for the natural timing of biological childbirth, such as the use of force, specifically the Kristeller maneuver, or restrictions on the laboring woman's freedom of movement, forced fasting, the use of pharmacological means without authorization, induction of labor, administration of oxytocin, and deliberate or negligent denial of pain relief for the laboring Woman (De Sousa Carvalho et al., n.d.)

Psychological violence occurs when improper, rude, threatening, or demeaning language is used, including situations of discriminatory treatment, disregard for the requests and preferences of the laboring woman, withholding of information about the progress of labor and the procedures being performed, and the prohibition of the presence of a support person (De Sousa Carvalho et al., n.d.). Psychological violence is any act, whether verbal or behavioral, that affects the psychological well-being of the pregnant woman.

According to International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), autonomy, from a Bioethical perspective, recognizes the significant role that women play in making decisions about their healthcare. In addition to acknowledging female vulnerability, doctors should explicitly request their choices and respect their opinions to avoid harm (Rocha & Ferreira, 2020). The 56 recommendations from the WHO highlight the right of the pregnant woman to have a chosen companion, respect for her options and decision-making in managing her pain and choosing positions during

labor, as well as respect for her desire for a completely natural birth, even during the expulsion phase. The WHO aims to encourage pregnant women's autonomy and discourage obstetric paternalism or an interventionist model(: : *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: *World Health Organization*; 2018., n.d.).

Silva et al., in their study (A. F. P. M. da Silva et al., 2021), emphasize the importance of empowering women from prenatal consultations to benefit them during childbirth and postpartum. They also emphasize the role of the nursing team in strengthening women's autonomy regarding their rights and choices. However, considering the principle of beneficence as a way to seek patients' well-being, the obstetrician's autonomy becomes one of the major issues in fulfilling pregnant women's rights, as professional authority should not establish an abusive relationship, sacrificing the patient's autonomy and desires.

In the hegemonic model of childbirth care, there is excessive interventionist practice, such as medicalization and other unnecessary procedures, which intensifies criticism related to the model, at the expense of good practices in a so-called humanized model (Nicida et al., 2020). In a study conducted by Sehnem et al. (Sehnem et al., 2020), feelings of negativity toward childbirth were linked to an understanding of obstetric violence performed by healthcare professionals, differing from the advocated care model. Research highlights the importance of the nursing team's work in strengthening good practices and techniques that support natural childbirth, as it empowers and provides comfort to women in labor (A. F. P. M. da Silva et al., 2021). A birth plan can be an important instrument to protect women from certain types of violence by clearly stating the pregnant woman's preferences to the medical team.

In 2014, the WHO issued a declaration called "Preventing and Eliminating Inappropriate, Disrespectful and Abusive Treatment during Childbirth in Health Facilities" (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.Pdf?Sequence=3, n.d.), aiming to draw attention to this issue and mobilize the medical community and society as a whole regarding this crucial topic of public health and human rights. In this declaration, the WHO highlights that there is increasing research on pregnant women's negative experiences of abuse, disrespect, mistreatment, and neglect during childbirth in healthcare facilities. These experiences

include physical and psychological violence, profound humiliation, verbal abuse, medical coercion or non-consensual procedures (including sterilization), lack of confidentiality, failure to obtain informed consent before performing procedures, refusal to administer analgesics, and serious violations of privacy.

The immediate consequences for women's health, associated with mistreatment and abusive behavior in childbirth, are related to unnecessary procedures and interventions which do not respect the physiology of labor and can determine an increased risk of cesarean section and complications such as vaginal trauma, postpartum hemorrhage, and physical lesions due to abdominal pressure exerted by health professionals as a way to shorten the expulsion period (Martínez-Galiano et al., 2023a). Difficulties in the emotional and sexual relationship between the couple, as well as in the establishment of the emotional bond between mother and child, occur in PWLWHIV with postpartum depression or PSDT, resulting from obstetric violence. Moreover, could interfere with the newborn's adherence to the antiretroviral treatment (Ferrão et al., 2022).

Perinatal mental health difficulties are more common than often thought, are likely to reoccur in other pregnancies or later in life, can become chronic and have long-term consequences for mothers, infants and partner relationships. Most perinatal studies relating to anxiety examine post-traumatic stress symptoms triggered by adverse childbirth events. While most of childbirths are not traumatic, studies indicate that 2–6 % of women meet the diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder following childbirth (Turkstra et al., 2015). And these 2-6% if is PWLWHIV, could increase the vertical transmission to the newborn as the mother could not be able of accomplishing all the newborn's treatment.

METHODOLOGY

A scoping review was developed, based on Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA guidelines) (Hutton et al., 2015; Liberati et al., 2009; Moher et al., 2009; Tricco et al., 2018). This review aims to map the available evidence on obstetric violence with PWLWHIV from 2013 to 2023. Arksey

and O'Malley (Arksey & O'malley, 2005) establish a six-stage framework for conducting a scoping review used to provide a systematic approach to the literature search and a comprehensive foundation to guide it. The sixth stage of consulting with practioners and consumers, is optional and was not used. So, our framework has 5 stages (see Fig. 1 for the PRISM flow diagram).

We developed a protocol to be followed by 2 independent researchers blinded to each other (DOI 10.17605/OSF.IO/MRWE6)(AZEVEDO et al., 2023), to reduce the chance of errors. The question was listed by the strategy – Population, Concept and Context (PPC), as recommended by the Joanna Briggs Institute Protocol (JBI)(11.3 *The Scoping Review and Summary of the Evidence - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki*, n.d.; Arksey & O'malley, 2005; Munn et al., 2022; M. Peters et al., 2015; M. D. J. Peters et al., 2020; Pollock et al., 2022; Tricco et al., 2018, 2022).

Stage 1: identify the research

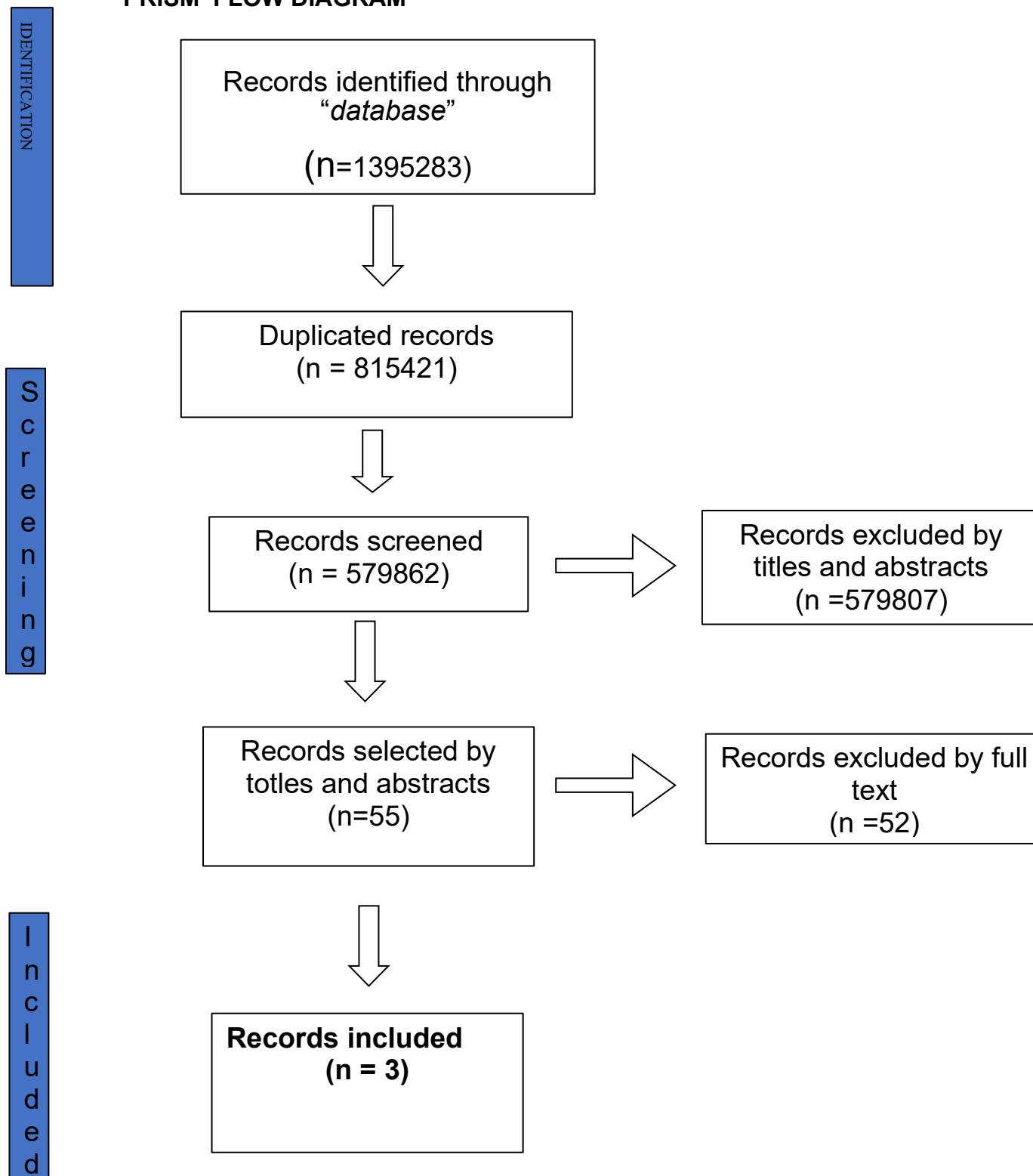
According to Arksey and O'Malley (Arksey & O'malley, 2005), stage one involves developing a question for the scoping review. To address this, the mnemonic PPC (population, concept and context) was used; the population is pregnant women living with HIV (PWLWHIV); the concept is obstetric violence and the context of childbirth.

P-population	Pregnant women living with HIV virus
C-concept	Obstetric violence
C-context	Childbirth

The research question is: Is there evidence of the level of obstetric violence suffered by PWLWHIV during their child birthing journey?

FIGURE 1

PRISM FLOW DIAGRAM



Stage 2: identify relevant studies

The second stage of the framework is to identify relevant studies (Arksey & O'malley, 2005) . After defining the question of the scope review, which was the obstetric violence suffered by PWLWHIV aged over 18 years from 2013 to 2023 during their childbirth experience, selection criteria were developed.

Inclusion criteria: studies involving violence obstetric among PWLWHIV aged over 18 years from 2013 to 2023. No study by language of publication was excluded. All the studies that analyzed the obstetric violence among PWLWHIV were included, both qualitative and quantitative.

Exclusion criteria: studies that analyzed pregnant women in general, not analyzing HIV status of pregnant women, studies with PWLWHIV that analyzes prenatal care and not childbirth. Editorials, letters to the editor, reviews and comments were excluded.

The following databases were searched: MEDLINE, PUBMED, WEB OF SCIENCE, clinical trials org. The literature review was made by two independent researchers based on the key words: birth, childbirth, HIV, midwi*, obstetric violence and parturition. After the two researchers finished their work, we compare the articles selected by both researchers. If any divergence happens between the two researchers, the final decision would be made by a third researcher about this select article. The process of screening data was done by reporting item for further systematic observation and meta-analysis (PRISMA)(Hutton et al., 2015; Liberati et al., 2009; Moher et al., 2009; Tricco et al., 2018).

Stage 3: study selection

The study selection framework initially 1395282 articles, from which 815421 duplications were removed. The 579862 remaining studies were reviewed by title and

abstract. Articles were included if the title incorporated any information of PWLWHIV concerning childbirth and/or obstetric violence. Any study that did not have any of these informations was excluded. This left a total of 55 articles, which were reviewed by full text. Yet on closer analysis of full text, it became a total of 3 studies met the inclusion criteria for the scoping review (see Fig. 1 for the PRISM flow diagram).

Stage 4: charting the data

These 3 studies were analysed identifying publication year, type of study, number and characteristics of the population included, analysis of inclusion criteria, where the study was realized, variables of the study included and the main results (see Table 1, Appendix 1 and 2).

Stage 5: collating, summarizing and reporting

Each phase was extensively researched to ensure the broadest inclusion of literature. A search was even conducted using the keyword "HIV" aiming to include all studies on HIV and searching for any that focused on the experience of PWLWHIV regarding childbirth. Most studies on childbirth aimed to evaluate vertical transmission between mother and fetus or antenatal/prenatal care.

TABLE 1 - CHARTING DATA

N o	Title/Author/Year	Country	Aim	Type of research	Data Collection	Sample Size	Results
1	Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: Are women living with HIV more vulnerable? (Sando et al., 2014)	Tanzania	To find out the disrespect and abuse during childbirth in Tanzania, comparing pregnant women living with HIV and not living with HIV	Prospective qualitative study (interview)	Mixed method designs post-partum interviews, direct observation (208), in-depth interviews (18), health care provider self-report (50)	HIV + 147 (7%) HIV - 1807 (91%) 2% unknown HIV status	Of the women living with HIV and HIV negative women, 12,2% and 15,0% reported experiencing disrespect and abuse during childbirth ($p=0,37$), respectively. No significant differences between women living with HIV and HIV-negative women's experiences of different types of disrespect and abuse were identified, except for women living with HIV having greater odds of reporting non-consented care ($p=0,03$).
2	The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. (Sethi et al., 2017)	Malawi	To describe the prevalence of disrespect and abuse during labor and delivery.	Observational study	Direct observation	Hiv + 111 Hiv - 1998	For the prevalence of obstetric violence and HIV status, women who were HIV positive had significantly lower odds of not having audio and visual privacy (OR:0,34, CI: 0,2-0,97), of not being asked about her preferred delivery position (OR:0,17, CI: 0,05-0,65) and of not being asked if she had any other problems she was concerned about(OR:0,38, CI: 0,15-0,96)
3	Mistreatment of women in health facilities by midwives during childbirth in Ghana: prevalence and associated factors. (Ganle et al., 2018)	Ghana	To estimate the prevalence of mistreatments women received during childbirth and to determine the association between various exposure variables and the outcome-mistreatments.	Cross-sectional retrospective survey	Validated survey questionnaires	HIV + 93 HIV - 160	Results show 83% of women were mistreated. Manifestations of mistreatments included detention for non-payment of bills (43,1%), non-confidential care (39,5%), abandonment (30,8%), verbal abuse (25,3%), discrimination (21,3%), physical abuse (14,2%) and non-consented care (13,3%). In the HIV positive group, the prevalence of mistreatment was 78,5%.

RESULTS

From 1395283 references identified, only 3 articles met the inclusion and exclusion criteria in this present review. These 3 studies found on obstetric violence among PWLWHIV were carried out by Sando et al.(Sando et al., 2014), Sethi et al. (Sethi et al., 2017) e Ganle et al. (Ganle et al., 2018). All of 3 studies were carried out in Africa, 1 in Ghana (50%), 1 in Tanzania (25%) and 1 in Malawi (25%). All of 3 studies were conducted between 2014 and 2018, indicating that OV is a recent and new theme. Otherwise, it is a new preoccupation, it is a goal of Agenda 2030 of United Nations (Direção-Geral da Saúde Alameda Afonso Henriques et al., n.d.; Global Health Sector Strategies on, Respectively, HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for the Period 2022-2030, n.d.; WHO 2022, n.d.)

Regarding methodology, all studies are original investigations (cross sectional n=1, qualitative study n=1, observational study n=1). Only one study used direct observation by health professionals. All other 2 studies used interviews and questionnaires. One studied was carried out at 2014, the rest (2) were carried out from 2017 until 2018.

All of 3 studies were not conducted only in women living with HIV virus. All of them aimed to find or determine the obstetric violence and analyzed the HIV status.

Data Collection Instruments

Only one of 3 studies used a quantitative questionnaire to outline obstetric violence developed based on Bowser and Hill's typologies of obstetric violence(Ganle et al., 2018). This questionnaire covered socio-demographic characteristics, reproductive and maternal health history, experiences of the different forms of obstetric violence during childbirth, the consequences on their physical and mental health, decisions to reuse facility-based childbirth services in the future and PMCT care. All the other two studies used interviews and only qualitative studies (Yalley et al., 2023a)

Prevalence of Disrespect and/or Mistreatment of PWLWHIV

The disrespect and/or mistreatment of pregnant women during childbirth is increasingly worldwide (De Sousa Carvalho et al., n.d.; Jardim & Modena, 2018; Martínez-Galiano et al., 2023b). In 2 of 3 studies showed a great rate of obstetric violence, above 83% (83-93%). Only one study showed a lower rate (12,2%).

Descriptive Disrespect and Abuse of PWLWHIV

As violence obstetric is a relatively new concept in global health system and includes any dehumanizing treatment, medicalization abuse, any conversion of natural processes of reproduction into pathological ones, all the 3 studies analyzed classifying into: physical abuse; non-consented care; non-confidential care; non-dignified care; abandonment or denial of care; discrimination based on specific patient attributes; and, detention in facilities.

According to the studies, the obstetric violence could be classified in: physical abuse (episiotomy without consent or anesthesia, legs tied, arms tied, fundal pressure applied, obligation of horizontal position); nonconsented care (women not asked consent for examination or exams); nonconfidential care (women's medical history was discussed where others could hear); lack of privacy (partitions in a place not private, woman's naked body exposed or not well covered during labor and delivery); nondignified care (provider used non dignified language with woman, provider used a harsh tone or shouted with woman, woman was not cleaned after delivery, bed in postnatal ward was not clean) (Berger et al., 2021; *Council of Europe. Obstetrical and Gynaecological Violence* <https://assembly.coe.int/Nw/Xml/XRef/Xref-XML2HTML-En.Asp?Fileid=28236&lang=en>, n.d.; Ganle et al., 2018; Jardim & Modena, 2018; Perera et al., 2018; Sando et al., 2014; Sethi et al., 2017).

One study analyzed that 6% of pregnant women had more than 5 types of mistreatments, which is inconsiderable for WHO guides (Ganle et al., 2018).

Analyzing by types of mistreatments, the most common form of mistreatment on the studies was detention for long hours for non-payment of medical bills, between 1%(Sando et al., 2014) and 43% (Ganle et al., 2018) (Table 2).

Table 2 - Prevalence of Types of mistreatments during labor and delivery

Types of mistreatments	Ganle et al	Sando et al.	Sethi et al.
Physical abuse	14%	3%	0,2%
Non-dignified care	25%	4,8%	15%
Non-confidential care	39%	1,4%	73%
Non-consented care	13%	1,4%	73%
Detention	43%	0,7%	-
Abandonment or denial care	32%	6,8%	93%
Discrimination	21%	-	-

Abandonment and/or Denial of Care

Abandonment and denial of care varies from 6% (Sando et al., 2014) until 93% (Sethi et al., 2017). Abandonment or denial of care includes when the provider or health professional do not encourage the women to have a support person present during labor and delivery, do not encourage woman to consume fluids or food during labor at least once, do not encourage or assist woman to ambulate and assume different positions during labor at least once, do not ask woman which position she would like to deliver in, do not have pain relief if it was requested, do not allow the pregnant woman deliver in her preferred birthing position if she had a preferred position, mother and newborn were not kept in the same room after delivery. The study which had a low prevalence probably do not ask specifically all the items.

Non-confidential Care

Non-confidential care includes when woman do not have audio and visual privacy during initial client assessment, do not have her own bed, do not have a drape under buttocks or over abdomen, do not have visual barriers to protect woman during

exams and birth procedures. Non-confidential care varied on the studies between 1% (Sando et al., 2014) and 73% (Sethi et al., 2017). The other study found 39% (Ganle et al., 2018; Yalley et al., 2023a).

Non-dignified Care or verbal abuse

Non-dignified care or verbal abuse includes when pregnant woman was not greeted respectfully, or if the woman was shouted, insulted or threatened during labor or after. This mistreatment varied between 4,8%(Sando et al., 2014) and 27% (Yalley et al., 2023a).

Non-consented Care

Non-consented care was when do not ask woman if she has any questions, if not explain the procedures before proceeding, do not inform what will happen before conducting the vaginal exam, do not inform pregnant woman the findings, do not explain what will happen in labor to woman and support person at least once, do not give at least once update on status and progress of labor, use episiotomy without indication, manual exploration of uterus after delivery when unindicated, and, uterus compression. Non-consented care varied between 1,4% (Sando et al., 2014; Yalley et al., 2023b, 2023a) and 73% (Sethi et al., 2017).

Physical Abuse

The less common form of mistreatment was physical abuse que includes slap, hit or pinch the pregnant woman during labor or delivery. It occurred between 0,20% (Sando et al., 2014) and 14% (Ganle et al., 2018).

Vulnerability

Analyzing the vulnerability of PWLWHIV, 3 studies analyzed (Ganle et al., 2018; Sando et al., 2014; Sethi et al., 2017; Yalley et al., 2023a) and found that the PWLWHIV are no more vulnerable than pregnant women not living with HIV virus.

Discrimination

Only one study analyzed the discrimination (Ganle et al., 2018), PWLWHIV have increased problems relating to concerns on stigma, discrimination, self and child disclosures and worries about vertical transmission from mother to child. The prevalence of discrimination mistreatment was 11%.

DISCUSSION AND IMPLICATIONS

This review can be considered an ‘almost empty review’ as the 4 studies identified have a small size and none of them were well conducted and specifically for studying the PWLWHIV’s obstetric violence at childbirth. Whilst an empty review is considered uncommon it does highlight a gap in the literature and the need for research in a specific area. More studies are needed. However, the obstetric violence is a main problem between PLWHIV childbirth’s experience and is necessary more actions to prevent it.

Aligned with the United Nations system, the World Health Organization (WHO) reacted to the growing concerns of women during labor and delivery in 2019 (*A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence* https://eipmh.com/Wp-Content/uploads/2019/09/UN_Res.71170..Pdf, n.d.): condemning “outright physical abuse, profound humiliation and verbal abuse, coercive or unconsented medical procedures (including sterilization), lack of confidentiality, failure to get fully informed consent, refusal to give pain medication, gross violations of privacy, refusal of admission to health facilities, neglecting women during childbirth to suffer life-threatening, avoidable complications, and detention of women and their newborns in facilities after childbirth due to an inability to pay.” In its statement, WHO also recognized that “such treatment

not only violates the rights of women to respectful care, but can also threaten their rights to life, health, bodily integrity and freedom from discrimination.” The unnecessary interventions condemned by WHO during labor and delivery are still high (: : *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organization; 2018., n.d.; *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>, n.d.; Patabendige & Senanayake, 2015a; Smith et al., n.d.; Villar et al., 2001).

In low risk pregnancies, the most common complaints of pregnant women are: no freedom of positioning at birth, no information provided to women before shaving, no information before amniotomy, no information before oxytocin administration, no information before episiotomy, no information before fundal pressure or Kristeller, no opportunity of having a companion during the delivery process, not being involved in the decisions during the delivery process, and no permission to the interventions during the delivery process. A systematic review revealed that prolonged childbirth, use of epidural anesthesia and obstetric complications are all variables indicated in the presence of traumatic stress symptoms such as anxiety and depression resulting in the need for postpartum psychiatric care (Annborn & Finnbogadóttir, 2022). Non-dignified care was reported as the most prevalent form of obstetric violence (Khalil et al., 2022). As PWLWHIV are more vulnerable group and are more worried about the risk of vertical transmission, those harmful attitudes were supposed to be more frequent yet. In those studies reviewed (Ganle et al., 2018; *Obstetric Violence among HIV Positive and Negative Women in Ghana : A Cross Sectional Study in Two Regions*, n.d.; Sando et al., 2014; Sethi et al., 2017) the prevalence of OV was the same of the low risk women. But the number of PWLWHIV analyzed were small.

The systematic review conducted by Bohren (Bohren et al., 2019) evaluated qualitative and quantitative studies on physical, sexual, and verbal abuses suffered by pregnant women in general. In the case of PWLWHIV, the stigma and discrimination are compounded. In Tanzania, a study showed this disrespect in 14.8% of births (Sando et al., 2014).

Women’s silence about experiences of obstetric violence also represents an imbalance in power dynamics between patients and medical staff who appear to be able to use controlling verbal and physical behaviors without repercussion (Perera et

al., 2018). The culture of acceptability of obstetric violence should not be admitted (Yalley, 2022).

Women's movements have been responsible also for spreading information, which has gained media attention, about evidence-based practices, humanization of childbirth as a women's human rights issue and related topics since the early 1990s (Grilo Diniz et al., 2018). Such movement claimed for laws protecting pregnant women from obstetric violence.

The literature shows that although social and feminist movements for the humanization of childbirth have contributed to a greater relevance and visibility of the issue, and care based on scientific evidence have been officially systematized in the recommendations of national and international organizations to encourage the physiological dynamics of labor, respect for citizenship rights, and the nature of the human relationships between health professionals and women, different forms of obstetric violence continue to be reported in several studies developed worldwide (Ferrão et al., 2022). These facts also occur and worst the more vulnerable groups as the PWLWHIV. PWLWHIV are exposed to stigma, discrimination and also obstetric violence in many occasions during prenatal care and childbirth. The privacy and confidentiality must be respected by health professional sat all occasions during childbirth(Sci-Hub | "Why Are You Pregnant? What Were You Thinking?": How Women Navigate Experiences of HIV-Related Stigma in Medical Settings during Pregnancy and Birth. *Social Work in Health Care*, 55(2), 161–179 | 10.1080/00981389.2015.1081665, n.d.; Turan et al., 2012).

In Venezuela, obstetric violence was criminalized by Law No. 38.668 on April 23, 2007 (*Lei 38668 Da Venezuela* <https://Tugacetaoficial.Com/Leyes/Ley-Organica-Sobre-El-Derecho-de-Las-Mujeres-a-Una-Vida-Libre-de-Violencia-Indexada-Gaceta-38668-2007-Texto/>, n.d.), known as the "Organic Law on Women's Right to a Life Free of Violence." In Argentina, Law No. 26.485 of March 2009 (*Lei 26485/2009 Argentina 15* <http://Servicios.Infoleg.Gob.Ar/InfolegInternet/Anexos/150000-154999/152155/Norma.Htm>, n.d.), known as the "Comprehensive Protection Law to Prevent, Punish, and Eradicate Violence against Women in the Context of Interpersonal Relationships," recognizes obstetric violence in its article 6.

Obstetric violence: It is exercised by healthcare personnel on the body and

reproductive processes of women, expressed through dehumanized treatment, an abuse of medicalization, and pathologizing of natural processes, in accordance with Law No. 25.929 (Lei 25929 [Http://Servicios.Infoleg.Gob.Ar/InfolegInternet/Anexos/95000-99999/98805/Norma.Htm](http://Servicios.Infoleg.Gob.Ar/InfolegInternet/Anexos/95000-99999/98805/Norma.Htm), n.d.).

In Argentina, Law No. 25.929 of August 2004 and Decree No. 2035 of 2015 regulate humanized childbirth (*Lei 25929 e Decreto 2035/2015 Argentina Chrome-Extension://Efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/Https://Www.Argentina.Gob.Ar/Sites/Default/Files/Ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.Pdf*, n.d.; *Lei 25929 Http://Servicios.Infoleg.Gob.Ar/InfolegInternet/Anexos/95000-99999/98805/Norma.Htm*, n.d.).

In Brazil, the Civil Code, in its article 15 (*Código Civil Brasileiro Https://Www2.Senado.Leg.Br/Bdsf/Bitstream/Handle/Id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%20%20ed.Pdf*, n.d.), ensures that no one can coerce anyone to undergo medical treatment or surgical intervention. Under no circumstances can a woman be forced to undergo a cesarean section or an episiotomy, for example. Moreover, according to the principle of transparency (CDC, Article 6, III), it is also the responsibility of the doctor to provide the patient with all information about medical services and their risks. This is not only a right of the parturient but also a right of the woman, guaranteed as a consumer.

In Brazil, at the federal level, there is no specific legislation regarding obstetric violence. However, at the state level, the state of Santa Catarina, through Law No. 18322 (*Lei Estadual Santa Catarina Https://Leisestaduais.Com.Br/Sc/Lei-Ordinaria-n-18322-2022-Santa-Catarina-Consolida-as-Leis-Que-Dispoem-Sobre-Políticas-Publicas-de-Enfrentamento-a-Violencia-Contra-as-Mulheres*, n.d.) of January 5, 2022, ratifies Law No. 17.097 of January 17, 2017, and Law No. 17205 (*Lei Estadual Http://Leis.Alesc.Sc.Gov.Br/Html/2017/17097_2017_lei.Html*, n.d.) of July 19, 2017, which were created to defend women during childbirth and the postpartum period. In this law, Article 34 considers obstetric violence as any act committed by a doctor, hospital staff, family member, or companion that offends pregnant women, women in labor, or during the postpartum period, verbally or physically. For the purposes of this Chapter, verbal or physical offense shall be considered, among others, the following conducts: treating the pregnant woman or parturient aggressively,

non-empathetically, rudely, mockingly, or in any other way that makes her feel bad about the treatment received; making fun of or criticizing the parturient for any behavior, such as shouting, crying, being afraid, embarrassed, or having doubts; making fun of or criticizing the woman for any physical characteristic or act, such as obesity, body hair, stretch marks, bowel movements, and others; not listening to the complaints and doubts of the woman admitted and in labor; treating the woman as inferior, giving her commands and using infantilizing and diminutive names, treating her as incapable; making the pregnant woman or parturient believe that she needs a cesarean section when it is not necessary, using imaginary or hypothetical risks that are not proven and without explaining the risks that affect her and the baby; refusing delivery care, considering it a medical emergency; promoting the transfer of the hospitalization of the pregnant woman or parturient without prior analysis and confirmation of the availability of space and assurance of care, as well as sufficient time for her to reach the location; preventing the woman from being accompanied by someone of her choice throughout the labor process; preventing the woman from communicating with the "outside world," taking away her freedom to make phone calls, use a cellphone, walk to the waiting room, talk to family members, and her companion; subjecting the woman to painful, unnecessary, or humiliating procedures, such as enemas, shaving of pubic hair, gynecological position with doors open, and multiple professionals performing a vaginal examination; failing to administer anesthesia to the parturient when requested; performing an episiotomy when it is not really necessary; keeping female detainees in labor in handcuffs; performing any procedure without first requesting permission or explaining, in simple words, the need for what is being offered or recommended; after childbirth, unduly delaying accommodating the woman in the room; subjecting the woman and/or the baby to procedures solely for the training of students; subjecting a healthy baby to routine aspiration, injections, or procedures in the first hour of life, without first placing the baby in direct skin-to-skin contact with the mother and allowing them to breastfeed; taking away the woman's right, after childbirth, to have the baby by her side, unless one or both require special care; treating the father of the baby as a visitor and obstructing his free access to accompany the parturient and the baby at any time.

In the state of Paraná of Brazil, Law No. 19.701 (*Lei Estadual 19701/2018*

<https://www.Legisweb.Com.Br/Legislaao/?Id=369582>, n.d.), of November 20, 2018, and Law No. 21102, of June 21, 2022, deal with the implementation of measures to inform and protect pregnant and parturient women against obstetric violence. The law is similar to the law at Santa Catarina and includes the rights of pregnant women and actions or omissions that cause them injury, physical, sexual, or psychological suffering, and even death during prenatal care and childbirth, committed by healthcare professionals, public, private, autonomous, or philanthropic establishments. Among these rights are, for example, humanized and personalized care; presence of a companion; preservation of their privacy; appropriate childbirth, respecting the biological and psychological phases of birth, ensuring that the pregnant woman participates in the decision-making process regarding the best mode of childbirth that aligns with her convictions, values, and beliefs; the right of the pregnant woman to opt for a cesarean section, provided that she has received all the information about normal childbirth and cesarean section, their respective benefits and risks; the right to refuse cervical dilation examination (vaginal examination) when performed indiscriminately and by multiple healthcare professionals; and the right to refuse episiotomy without clinical justification or with the sole purpose of accelerating childbirth.

Judicialization does not guarantee a positive childbirth experience; it only penalizes healthcare professionals. Legislation against obstetric violence does not solve this significant public health problem but is important as a reference. More than implementing a law against obstetric violence, we need to change the health programs and the health system, to encourage shared decision-making with PWLWHIV and increasing the training continuous educational program of health professionals. Teaching bioethics could be a way forward (Tobasfa-Hege et al., 2019a).

FINAL CONSIDERATIONS

The findings from this review are relevant to researchers and clinicians as they identify gaps related to obstetric violence among PWLWHIV to help support their well-being. This review highlights the need for researchers and clinicians to identify

measures to prevent obstetric violence as well as more specific training with health professionals (Grilo Diniz et al., 2018; Hill et al., 2022; Urbutė et al., 2017).

It is evident that effecting changes in a technocratic and interventionist model that has persisted in medicine for years is a challenging and slow process. Therefore, it is essential to implement innovative approaches to increase visibility, prevent, and address violence against women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Beyond legislation, the subject and obstetric approach must be addressed within universities, as well as the teaching of Bioethics with practical instruction on shared decision-making with the pregnant woman, based on a well-executed birth plan and informed consent. In this context, the pregnant woman clearly expresses her options and desires related to childbirth (Lattof et al., 2020; Patabendige & Senanayake, 2015a; Villar et al., 2001; WHO 2022, n.d.; *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>, n.d.).

The development of a birth plan in collaboration with healthcare professionals, as well as the clarification of informed consent, may be the keys to a positive and safe birth experience, ending with obstetric violence (Martinelli, n.d.; Patabendige & Senanayake, 2015b; WHO 2022, n.d.).

More studies on risk factors and causes of obstetrics violence among PWLWHIV are required. However, hierarchical and weak professional training models regarding communication and doctor-patient skills, disempowerment of PWLWHIV, lack of staff and continuous education program for all health professionals, logistical deficiencies as well as absence of mechanisms for quality control and accountability in healthcare institutions maybe the possible causes of obstetrics violence and must be more investigated (Tobasía-Hege et al., 2019b).

According to the World Health Organization (WHO 2022, n.d.; WHO Labour Care Guide User's Manual, n.d.; World Health Organization, n.d.), all actions should be done to support changes in provider behavior, clinical environments and health systems. Health providers, for example, would benefit from additional training on what constitutes obstetric violence and on how to provide safe, high-quality, people-centered care. Women, similarly, would benefit from greater access to information about their rights as patients. These interventions are more likely than criminal

prosecutions or convictions to challenge the inherent imbalance of information and power between women and their health care providers, thereby improving women's experiences when accessing maternal health services. Interventions aimed at reducing the incidence of obstetric violence, regardless of the point of entry, should be grounded in human rights principles. They should be carefully tailored to ensure that women receiving health services during pregnancy, childbirth, or the post-partum period are treated with respect, compassion, and dignity.

Changes involving infrastructure changes, education, empowerment, advocacy, a women-centered approach to health care system and policy development are required. Recommendations must be given at individual, community, health systems and policy levels to ensure that every PWLWHIV achieves her right to health and birth in a dignified, respectful, private, confidential, and empowered manner (Celuppi et al., 2022; EinloFt KIEinibing et al., n.d.).

FUNDING

No funding.

CONFLICT INTERESTS

None

REFERENCES:

- : *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. (n.d.).
- 11.3 *The scoping review and summary of the evidence - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki*. (n.d.). Retrieved July 21, 2023, from <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687770/11.3+The+scoping+review+and+summary+of+the+evidence>
- A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence* https://eipmh.com/wp-content/uploads/2019/09/UN_Res.71170..pdf. (n.d.).
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Arksey, H., & O'malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- AZEVEDO, A. P. DE, hofer, cristina barroso, & filho, jorge rezende. (2023). *SCOPING REVIEW OF OBSTETRIC VIOLENCE WITH PREGNANT WOMEN Living with virus hiv*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MRWE6>
- Berger, B. O., Strobino, D. M., Mehrtash, H., Bohren, M. A., Adu-Bonsaffoh, K., Leslie, H. H., Irinyenikan, T. A., Maung, T. M., Dioulde Balde, M., & Tunçalp, Ö. (2021). Development of measures for assessing mistreatment of women during facility-based childbirth based on labour observations. *BMJ Global Health*, 5, 4080. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004080>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), 211–219. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.PUB2>
- Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis*. (n.d.). Retrieved May 22, 2023, from https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2022_internet_31-01-23.pdf/view
- Celuppi, I. C., Metelski, F. K., Suplici, S. E. R., Costa, V. T., & Meirelles, B. H. S. (2022). Best management practices in HIV care: scoping review. *Saúde Em Debate*, 46(133), 571–584. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213322i>
- Código Civil Brasileiro* <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%20%20ed.pdf>. (n.d.).
- Coubcil of europe. Obstetrical and Gynaecological violence* <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en>. (n.d.).
- De Sousa Carvalho, A., Gomes, A., Pedroga, R., Ribeiro, C. M., De Assis, L., Helvécio Kalil, J., Aparecida, S., Oliveira, D. E., & Silva, N. E. (n.d.). VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ÓTICA SOBRE OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E DIREITOS DAS MULHERES OBSTETRIC VIOLENCE: THE OPTICS ON THE BIOETHIC PRINCIPLES AND RIGHTS OF WOMEN. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, 26(1), 52–58. Retrieved February 26, 2023, from <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Direção-Geral da Saúde Alameda Afonso Henriques, E. D., da Graça Freitas, M., Maria da Graça Freitas Diretora Executiva Maria de Fátima Quitério, C., Cristina Garcia Manuela Mendonça Felício Equipa de Apoio Carlos Matos Clarisse Martinho Gabriela Soares Machado Isabel Alves Jorge Tavares Pedro Ferreira Sofia Rocha Teresa Montez Consultores Técnicos Carolina Teixeira Rita Roquette Vasco Machado, A., Melo, A., Balonas, S., Ruão Marta Alves, T., & Ferreira, M. (n.d.). *Ficha técnica Título Plano Nacional de Saúde 2021-2030*

Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s Diretora-Geral da Saúde.

- Einloft KIEinibing, raquEl, CarDoso paula, C. DE, maris mEllo paDoin, stEla DE, boHrEr Da silva, C., FerrEira, tamiris, & olivEira ChErubim, D. (n.d.). *ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE GESTANTES VIVENDO COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA CARE STRATEGIES FOR PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV: INTEGRATIVE REVIEW ESTRATEGIAS DE CUIDADO A LA SALUD DE EMBARAZADAS VIVIENDO CON VIH: REVISIÓN INTEGRATIVA*.
- Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. (2022). Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7), 1090. <https://doi.org/10.3390/JPM12071090>
- Ganle, J. K., Krampah, E., Ganle, J. K., & Krampah, E. (2018). Mistreatment of Women in Health Facilities by Midwives during Childbirth in Ghana: Prevalence and Associated Factors. *Selected Topics in Midwifery Care*. <https://doi.org/10.5772/INTECHOPEN.82432>
- Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. (n.d.).
- Grilo Diniz, C. S., Rattner, D., Lucas d'Oliveira, A. F. P., de Aguiar, J. M., & Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 19–35. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>
- Hill, M. G., Flanagan, B., Mills, B., Hansen, S., & Hopper, L. (2022). Paramedic training, experience, and confidence with out-of-hospital childbirth (OOHB) in Australia. *Australasian Emergency Care*. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.08.008>
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. (n.d.).
- Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, D. M., Chaimani, A., Schmid, C. H., Cameron, C., Ioannidis, J. P. A., Straus, S., Thorlund, K., Jansen, J. P., Mulrow, C., Catala-Lopez, F., Gotzsche, P. C., Dickersin, K., Boutron, I., Altman, D. G., & Moher, D. (2015). The PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Reviews Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions: Checklist and Explanations. <https://doi.org/10.7326/M14-2385>, 162(11), 777–784. <https://doi.org/10.7326/M14-2385>
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Jones, M. C., Byun, J. Y., Billings, R., Shorten, A., Kempf, M. C., Vance, D. E., & Puga, F. (2023). Tools for Screening and Measuring Anxiety Among Women Living with HIV of Reproductive Age: A Scoping Review. *AIDS and Behavior*, 27(8), 2649–2668. <https://doi.org/10.1007/S10461-023-03990-9/TABLES/1>
- Khalil, M., Carasso, K. B., & Kabakian-Khasholian, T. (2022). Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women's Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 850796. <https://doi.org/10.3389/FGWH.2022.850796/FULL>
- Lattof, S. R., Moran, A. C., Kidula, N., Moller, A. B., Jayathilaka, C. A., Diaz, T., & Tunçalp, Ö. (2020). Implementation of the new WHO antenatal care model for a positive pregnancy experience: A monitoring framework. *BMJ Global Health*, 5(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002605>
- Lei 25929 e decreto 2035/2015 Argentina chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjclclefindmkaj/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf. (n.d.).
- Lei 25929 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>. (n.d.).
- Lei 26485/2009 Argentina 15 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>. (n.d.).
- Lei 38668 da Venezuela <https://tugacetaoficial.com/leyes/ley-organica-sobre-el-derecho-de-las->

- mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-indexada-gaceta-38668-2007-texto/*. (n.d.).
Lei Estadual http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. (n.d.).
Lei Estadual 19701/2018 <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>. (n.d.).
Lei Estadual Santa Catarina <https://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-18322-2022-santa-catarina-consolida-as-leis-que-dispoem-sobre-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. (n.d.).
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151(4).
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136>
- Martinelli, K. G. (n.d.). *Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha*.
- Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. (2023a). Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6).
<https://doi.org/10.3390/ijerph20064930>
- Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. (2023b). Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6).
<https://doi.org/10.3390/ijerph20064930>
- Mendes, J., Sousa Santos, A. P., & Tavares, M. (2022). Percepções da violência obstétrica pelas parturientes e profissionais de saúde: uma revisão scoping. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 8(2), 1–15.
<https://doi.org/10.31211/RPICS.2022.8.2.271>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339(jul21 1), b2535–b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McLnerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evidence Synthesis*, 20(4), 950–952.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- Nicida, L. R. de A., Teixeira, L. A. da S., Rodrigues, A. P., & Bonan, C. (2020). Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4531–4546. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
- Nunes, A. R., Lee, K., & O'riordan, T. (n.d.). *The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: the example of health and well-being*.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016>
- Obstetric violence among HIV positive and negative women in Ghana : A cross sectional study in two regions*. (n.d.). <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2729087/v1>
- Patabendige, M., & Senanayake, H. (2015a). Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-015-0436-0>
- Patabendige, M., & Senanayake, H. (2015b). Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-015-0436-0>
- Perera, D., team, on behalf of the A. study, Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., & Infanti, J. J. (2018). 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1).
https://www.academia.edu/57693743/When_helpers_hurt_womens_and_midwives_stories_of_obstetric_violence_in_state_health_institutions_Colombo_district_Sri_Lanka
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McLnerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of

- scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviews* (pp. 1–24).
- Pollock, D., Tricco, A. C., Peters, M. D. J., McLnerney, P. A., Khalil, H., Godfrey, C. M., Alexander, L. A., & Munn, Z. (2022). Methodological quality, guidance, and tools in scoping reviews: A scoping review protocol. *JB I Evidence Synthesis*, 20(4), 1098–1105.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00570>
- Rocha, N. F. F. da, & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde Em Debate*, 44(125), 556–568.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
- Sando, D., Kendall, T., Lyatuu, G., Ratcliffe, H., Mcdonald, K., Mwanyika-Sando, M., Emil, F., Chalamilla, G., & Langer, A. (2014). *Disrespect and Abuse During Childbirth in Tanzania: Are Women Living With HIV More Vulnerable?* www.jaids.com
- Sci-Hub | “Why are you pregnant? What were you thinking?”: How women navigate experiences of HIV-related stigma in medical settings during pregnancy and birth. *Social Work in Health Care*, 55(2), 161–179 | 10.1080/00981389.2015.1081665. (n.d.). Retrieved March 3, 2023, from <https://sci-hub.se/10.1080/00981389.2015.1081665>
- Sehnem, G. D., Rios, C. P. P., Souza, M. B. de, Arboit, J., Cogo, S. B., Mutti, C. F., Scopel, M. F., & Birrer, J. A. (2020). Intervenções obstétricas durante o processo parturitivo: percepções de puérperas. *Research, Society and Development*, 9(6), e131963515.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3515>
- Sethi, R., Gupta, S., Oseni, L., Mtimuni, A., Rashidi, T., & Kachale, F. (2017). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: Evidence from direct observations of labor and delivery. *Reproductive Health*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/S12978-017-0370-X>
- Silva, A. F. P. M. da, Almeida, B. G. R. F. de, Ribeiro, E. A., Teixeira, L. C., Silva, P. C. P. de O. da, & Ribeiro, A. da S. (2021). Obstetric violence related to the loss of autonomy of the woman in the children’s room. *Research, Society and Development*, 10(5), e22210514814–e22210514814. <https://doi.org/10.33448/RSD-V10I5.14814>
- Silva, J. C. O., Brito, L. M. C., Alves, E. S., Neto, J. B. de M., Junior, J. L. P. dos S., Marques, N. M., Lopes, T. M. de O., Alexandre, J. de A., & Santos, L. J. R. P. (2023). A systematic review of the prevalence and types of obstetric violence on the health and well-being of women in Brazil. *Research, Society and Development*, 12(5), e8212541526–e8212541526.
<https://doi.org/10.33448/RSD-V12I5.41526>
- Smith, H., Getachew Asfaw, A., Myint Aung, K., Chikoti, L., Mgawadere, F., & van den Broek, N. (n.d.). *Implementing the WHO integrated tool to assess quality of care for mothers, newborns and children: results and lessons learnt from five districts in Malawi*.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1461-y>
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., De León, R. G. P., & Souza, J. P. (2019a). Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: Systematic review and meta-analysis. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 43. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., De León, R. G. P., & Souza, J. P. (2019b). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- Tricco, A. C., Khalil, H., Holly, C., Feyissa, G., Godfrey, C., Evans, C., Sawchuck, D., Sudhakar, M., Asahngwa, C., Stannard, D., Abdulahi, M., Bonnanno, L., Aromataris, E., McInerney, P., Wilson, R., Pang, D., Wang, Z., Cardoso, A. F., Peters, M. D. J., ... Munn, Z. (2022). Rapid reviews and the methodological rigor of evidence synthesis: A JBI position statement. *JB I*

- Evidence Synthesis*, 20(4), 944–949. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00371>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Turan, J. M., Hatcher, A. H., Medema-Wijnveen, J., Onono, M., Miller, S., Bukusi, E. A., Turan, B., & Cohen, C. R. (2012). The Role of HIV-Related Stigma in Utilization of Skilled Childbirth Services in Rural Kenya: A Prospective Mixed-Methods Study. *PLoS Medicine*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001295>
- Turkstra, E., Creedy, D. K., Fenwick, J., Buist, A., Scuffham, P. A., & Gamble, J. (2015). Health services utilization of women following a traumatic birth. *Archives of Women's Mental Health*, 18(6), 829–832. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0495-7>
- Urbutė, A., Paulionytė, M., Jonauskaitė, D., Machtejevienė, E., Nadišauskienė, R. J., Dambrauskas, Ž., Dobožinskas, P., & Kliučinskas, M. (2017). Perceived changes in knowledge and confidence of doctors and midwives after the completion of the Standardized Trainings in Obstetrical Emergencies. *Medicina (Lithuania)*, 53(6), 403–409. <https://doi.org/10.1016/j.medic.2018.01.006>
- Villar, J., Ba'aqeel, H., Piaggio, G., Lumbiganon, P., Miguel Belizán, J., Farnot, U., Al-Mazrou, Y., Carroli, G., Pinol, A., Donner, A., Langer, A., Nigenda, G., Mugford, M., Fox-Rushby, J., Hutton, G., Bergsjø, P., Bakketeig, L., & Berendes, H. (2001). WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 357(9268), 1551–1564. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04722-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X)
- WHO 2022. (n.d.). *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022- 2030*.
- WHO Labour Care Guide User's Manual. (n.d.).
- WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. (n.d.).
- World Health Organization. (n.d.). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Yalley, A. A. (2022). "We Beat Them to Help Them Push": Midwives' Perceptions on Obstetric Violence in the Ashante and Western Regions of Ghana. *Women 2023, Vol. 3, Pages 22-40*, 3(1), 22–40. <https://doi.org/10.3390/WOMEN3010002>
- Yalley, A. A., Abioye, D., Appiah, S. C. Y., & Hoeffler, A. (2023a). Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.988961>
- Yalley, A. A., Abioye, D., Appiah, S. C. Y., & Hoeffler, A. (2023b). Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.988961>

TABLE 1

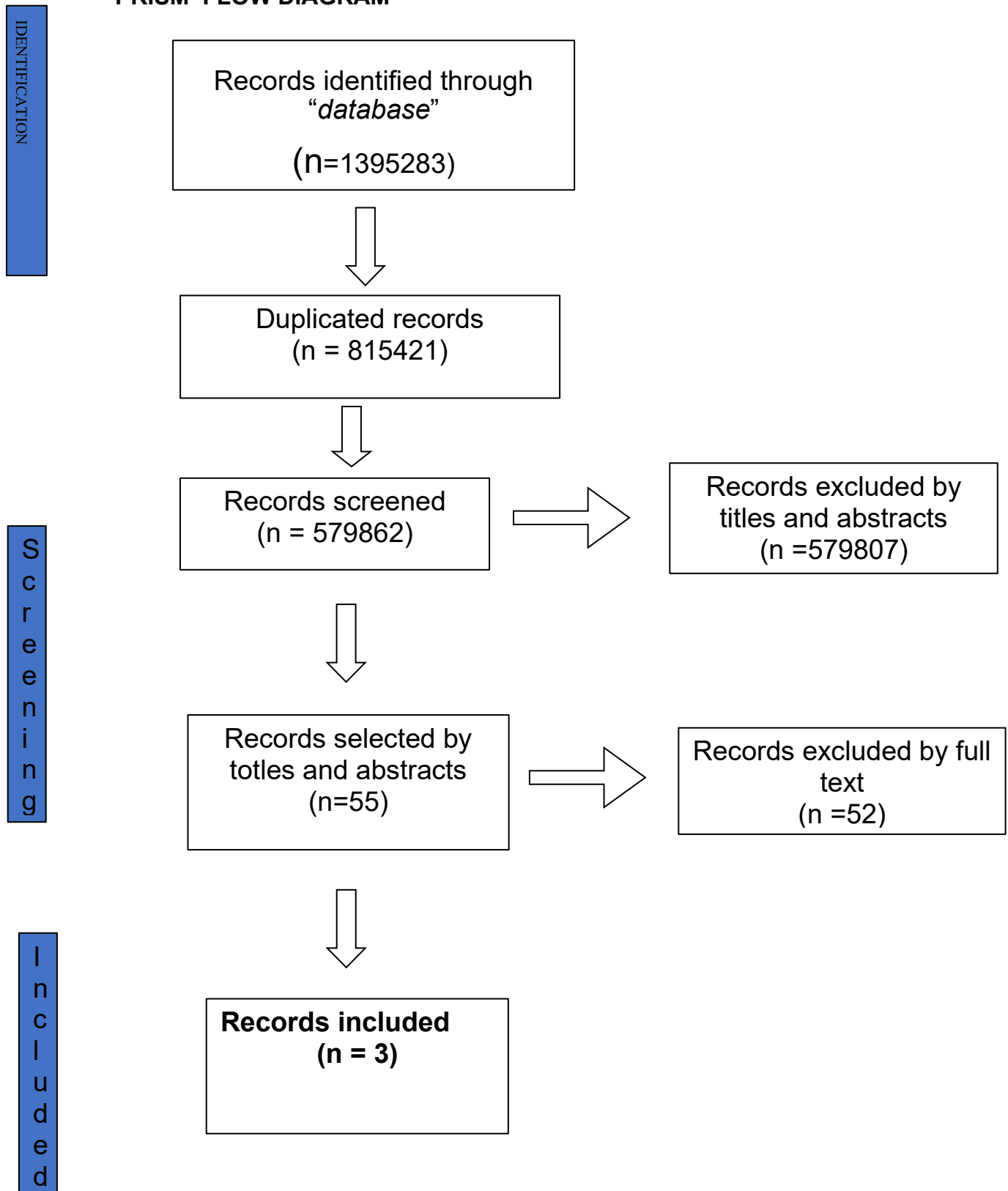
P-population	Pregnant women living with HIV virus
C-concept	Obstetric violence
C-context	Childbirth

TABLE 2

KEY WORDS

"parturition"
 'birth'
 'HIV'
 'childbirth'
 'obstetric violence*'
 'midwi*'

FIGURE 1
PRISM FLOW DIAGRAM



APENDIX 1**SCREENING DATABASE**

Database : PUBMED, MEDLINE, WEB OF SCIENCE (2013-2023)

	PUBMED	SCOPUS/MEDLINE	WEB OF SCIENCE
1. HIV	154107	169345	198142
2. Birth	186948	257890	242178
3. Parturition	46620	13864	7075
4. Birth experience (BE)	13415	18832	
5. Obstetric Violence	2621	1805	
6. Midwi*	47079	20932	
7. HIV and Birth	3347	3616	3888
8. BE and HIV	255	451	492
9. Midwi* and HIV	899	252	1117
10. Violence and HIV	113		

APENDIX 2 - CHARTING DATA

CHARTING DATA

No	Title/Author/Year	Country	Aim	Type of research	Data Collection	Sample Size	Results
1	Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: Are women living with HIV more vulnerable? (Sando et al., 2014)	Tanzania	To find out the disrespect and abuse during childbirth in Tanzania, comparing pregnant women living with HIV and not living with HIV	Prospective qualitative study (interview)	Mixed-method design post-partum interviews, direct observation (208), in-depth interviews (18), health care provider self-report (50)	HIV + 147 (7%) HIV - 1807 (91%) 2% unknown HIV status	Of the women living with HIV and HIV negative women, 12,2% and 15,0% reported experiencing disrespect and abuse during childbirth ($p=0,37$), respectively. No significant differences between women living with HIV and HIV-negative women's experiences of different types of disrespect and abuse were identified, with the exception of women living with HIV having greater odds of reporting non-consented care ($p=0,03$).
2	The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. (Sethi et al., 2017)	Malawi	To describe the prevalence of disrespect and abuse during labor and delivery.	Observational study	Direct observation	HIV + 111 HIV - 1998	For the prevalence of obstetric violence and HIV status, women who were HIV positive had significantly lower odds of not having audio and visual privacy (OR:0,34, CI: 0,2-0,97), of not being asked about her preferred delivery position (OR:0,17, CI: 0,05-0,65) and of not being asked if she had any other problems she was concerned about (OR:0,38, CI: 0,15-0,96)
3	Mistreatment of women in health facilities by midwives during childbirth in Ghana: prevalence and associated factors. (Ganle et al., 2018)	Ghana	To estimate the prevalence of mistreatments women received during childbirth and also to determine the association between various exposure variables and the outcome-mistreatments.	Cross-sectional retrospective survey	Validated survey questionnaires	HIV + 93 HIV - 160	Results show 83% of women were mistreated. Manifestations of mistreatments included detention for non-payment of bills (43,1%), non-confidential care (39,5%), abandonment (30,8%), verbal abuse (25,3%), discrimination (21,3%), physical abuse (14,2%) and non-consented care (13,3%). In the HIV positive group, the prevalence of mistreatment was 78,5%.

9.5. ARTIGO 5

BIRTH PLAN AS AN ADVANCED HEALTHCARE PLANNING FOR PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV: a proposal

Authors: Andréa Paula de Azevedo^{1,2}, Sofia B. Nunes¹, Cristina Barroso Hofer^{2,3}, Francisca Rego¹

¹ Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal

² Martagão Gesteira Childhood and Pediatric Institute of Federal University of Rio de Janeiro, Brazil

³ Faculty of Medicine of Federal University of Rio de Janeiro, Brazil

Submetido a Revista Bioética em 07 de julho de 2025.

[RB] Agradecimento pela Submissão

Revista Bioética via Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas 19:52 (há 31
<pen-bounces@emnuvens.com.br> minutos)

ANDREA PAULA DE AZEVEDO,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "PLANO DE PARTO COMO PLANEJAMENTO AVANÇADO DE CUIDADOS EM SAÚDE PARA GESTANTES VIVENDO COM HIV: uma proposta: PLANO DE PARTO COMO UM PLANEJAMENTO AVANÇADO DE CUIDADOS COM A SAÚDE PARA AS GESTANTES VIVENDO COM O VÍRUS HIV: uma proposta." à Revista Bioética. Estamos envidando esforços para manter o fluxo editorial dos trabalhos submetidos, bem como os prazos de publicação.

Em breve receberá nova comunicação quais as primeiras providências devem ser tomadas para que o manuscrito possa ser examinado pelos editores e corpo editorial. A partir dessa comunicação será possível acompanhar o progresso do documento, bastando logar no sistema em:

URL do

Manuscrito: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/authorDashboard/submission/4077

Login: andreaazevedo

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este e-mail. Agradecemos sua confiança em nosso periódico.

Cordialmente,
Vanessa de Santana
Secretária - Revista Bioética
Conselho Federal de Medicina

Revista Bioética <https://revistabioetica.cfm.org.br>

BIRTH PLAN AS AN ADVANCED HEALTHCARE PLANNING FOR PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV: a proposal

Authors: Andréa Paula de Azevedo^{1,2}, Sofia B. Nunes¹, Cristina Barroso Hofer^{2,3}, Francisca Rego¹

¹ Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal

² Martagão Gesteira Childhood and Pediatric Institute of Federal University of Rio de Janeiro, Brazil

³ Faculty of Medicine of Federal University of Rio de Janeiro, Brazil

Correspondence to Andréa Paula de Azevedo – Rua Macedo Sobrinho, 45/ 201, Rio de Janeiro, 22271-080, Rio de Janeiro, Brasil, Email: andrea.azevedo@ippmg.ufri.br

ABSTRACT :

INTRODUCTION: The birth plan is an informed consent filled out during prenatal care by pregnant women living with HIV virus (PWLWHIV).

OBJECTIVE: To evaluate the importance of birth plan and to stimulate the use of the birth plan as an advanced healthcare planning.

METHODS: A cross sectional study was conducted with 82 PWLWHIV from a public hospital of Rio de Janeiro, Brazil. PWLWHIV were recruited between 20 and 36 weeks of gestation and followed until the postpartum consultation where their opinion about the importance of birth plan was evaluated.

RESULTS: A total of 80 (97.6%) PWLWHIV said that the birth plan helped them to make decisions during the childbirth, improving their childbirth experience. PWLWHIV who develop birth plans report a stronger sense of control and greater satisfaction with their childbirth experience.

CONCLUSIONS: Birth plans can enhance PWLWHIV's childbirth satisfaction. The birth plan can be regarded as an advance healthcare planning.

Keywords: advance care planning; birth; birth plan; childbirth; HIV; pregnant women

INTRODUCCIÓN: El plan de parto es un consentimiento informado que se

completa durante la atención prenatal por parte de las mujeres embarazadas con VIH (PWLWHIV).

OBJETIVO: Evaluar la importancia del plan de parto y promover su uso como planificación anticipada de la atención médica.

MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal con 82 PWLWHIV de un hospital público de Río de Janeiro, Brasil. Las PWLWHIV fueron reclutadas entre las semanas 20 y 36 de gestación y se les dio seguimiento hasta la consulta posparto, donde se evaluó su opinión sobre la importancia del plan de parto.

RESULTADOS: Un total de 80 (97,6%) PWLWHIV afirmaron que el plan de parto les ayudó a tomar decisiones durante el parto, mejorando su experiencia. Las PWLWHIV que elaboran planes de parto manifiestan una mayor sensación de control y una mayor satisfacción con su experiencia.

CONCLUSIONES: Los planes de parto pueden mejorar la satisfacción de las PWLWHIV con el parto. El plan de parto puede considerarse una planificación anticipada de la atención médica.

Palabras clave: planificación anticipada de la atención; parto; plan de parto; nacimiento; HIV; mujeres embarazadas

INTRODUÇÃO: O plano de parto é um termo de consentimento informado preenchido durante o pré-natal por gestantes vivendo com o vírus HIV (PWLWHIV).

OBJETIVO: Avaliar a importância do plano de parto e estimular seu uso como um planejamento antecipado de saúde.

MÉTODOS: Um estudo transversal foi conduzido com 82 PWLWHIV de um hospital público. As PWLWHIV foram recrutadas entre 20 e 36 semanas de gestação e acompanhadas até a consulta pós-parto, onde sua opinião sobre a importância do plano de parto foi avaliada.

RESULTADOS: Um total de 80 (97,6%) PWLWHIV afirmaram que o plano de parto as ajudou a tomar decisões durante o parto, melhorando sua experiência de parto, com maior senso de controle e maior satisfação com o parto.

CONCLUSÕES: Os planos de parto podem aumentar a satisfação das

PWLWHIV com o parto. O plano de parto pode ser considerado um planejamento antecipado de cuidados de saúde.

Palavras-chave: planejamento antecipado de cuidados; nascimento; plano de parto; parto; HIV; gestante

INTRODUCTION

Childbirth is one of the most challenging psychological events in a mother's life. The mother should be at the center of healthcare. A positive childbirth experience is the beginning of a healthy mother-to-child bond. The prevalence of negative childbirth experience is between 10 to 34% of all childbearing (1–3).

All pregnant women living with HIV (PWLWHIV) want to have a positive childbirth experience, giving birth to a healthy baby without virus HIV according to or exceeding their personal and sociocultural beliefs and expectations (4,5) .

Also, the right to privacy of pregnant women/couple needs always to be taken into account. As most women aim to experience physiological childbirth, with a sense of personal fulfillment and involvement in decision-making, even when medical interventions are necessary (6), PWLWHIV wishes to have a positive childbirth experience too. In order to fulfill all PWLWHIV's wishes and apply all medical recommendations for not transmitting HIV infection to neonate, it is recommended to plan, to discuss and address all doubts with maternal and obstetric healthcare experts beforehand. The concept of advance health directive, traditionally associated with end-of-life contexts or incapacitating diseases, can be adapted in an innovative way to the obstetric area through the birth plan. This document, when properly structured and integrated into the medical record, assumes characteristics of a formal directive, allowing the pregnant woman to express her preferences regarding the conduct of labor and birth, anticipating decisions that will be respected even in situations of temporary vulnerability or inability to communicate (258). The proposal is based on the principle of autonomy progressively recognized in the doctor-patient relationship, particularly relevant in the contemporary obstetric scene and to fill up the birth plan. The signing of agreement or refusal must be followed and agreed by the healthcare

team (7,8).

The birth plan is an informed consent filled out during prenatal care when the healthcare workers have more time to explain and discuss with PWLWHIV. The birth plan is a shared decision-making process (SDM) in which PWLWHIV, their couple, and healthcare providers (HCPs) decide how will be the childbirth experience based on maternal wishes and values, the best available scientific evidence and maternity physical capacity (physical structure, doctors experiences and equipment availability). SDM is a way of improving the PWLWHIV satisfaction and ensuring high quality care with health outcomes (9,10). The SDM can be especially important for PWLWHIV during pregnancy and childbirth, when doctors need to decide based on highest scientific evidence the best way to avoid HIV transmission to fetus, but need to take into account mothers opinions and wishes. Multiple studies were done in recent years about SDM regarding pregnant women (11–13). Unfortunately, there are no studies made concerning PWLWHIV.

PWLWHIV must, during labor, maintain the ART (antiretroviral therapy) regimen and keep venous access during and after childbirth without hindering their freedom of movement (14).

The concept of advance health directive, traditionally associated with end-of-life contexts or incapacitating diseases, can be adapted in an innovative way to the obstetric area through the birth plan. This document, when properly structured and integrated into the medical record, assumes characteristics of a formal directive, allowing the pregnant woman to express her preferences regarding the conduct of labor and birth, anticipating decisions that will be respected even in situations of temporary vulnerability or inability to communicate (15). The proposal is based on the principle of autonomy progressively recognized in the doctor-patient relationship, particularly relevant in the contemporary obstetric scene (15,16).

The birth plan must have a legal and institutional basis, which guarantee the patient's right to autonomy and information. It must also comply with the medical code of ethics, as they advocate respect for the preferences of pregnant women (7,17).

When completed, the birth plan should be based on scientific evidence such as WHO recommendations (humanized birth, immediate skin-to-skin contact) and protocols from medical societies of Gynecology and Obstetrics (18,19).

The birth plan should have clear and measurable objectives, such as the choice of position, preference for non-pharmacological methods of pain relief, avoiding unnecessary interventions, and excessive medicalization. The birth plan should be flexible in emergency situations, such as the possibility of an unplanned cesarean section if there is fetal risk (20).

The typical content of the birth plan as an advance health directive should include the pregnant woman's preferences during labor, free mobility or use of a birthing ball, the presence of a companion (partner, doula), authorized medical interventions, consent or refusal for episiotomy and synthetic oxytocin, the use of epidural analgesia (yes/no/delayed), and information about immediate postpartum wishes such as delayed cord clamping (21–23).

The birth plan should be a document signed by the pregnant woman (ideally from the 34th week onwards) and her companion. It should also be shared with the medical team and delivered to the hospital during the preparation consultation. Everyone should be aware that the birth plan can be revoked or changed at any time, depending on the wishes of the pregnant woman (24,25).

Additionally, from a legal standpoint, formalizing the plan as an advance directive offers greater security to both professionals and pregnant women, establishing clear parameters for situations of ethical conflict or divergence of conduct (21,22,26).

Our objective is to evaluate the importance of PWLWHIV filling a structured birth plan during prenatal care, enabling more time of discussing all the actions involved during childbirth. During labor, PWLWHIV is not able to understand and analyze all the situations involving childbirth and the risk of vertical transmission. The secondary aim of this study was to understand the importance of using a structured birth plan as an advanced healthcare planning to improve mothers' satisfaction and autonomy with childbirth.

METHODOLOGY

An observational study with pregnant women living with HIV (PWLWHIV) during prenatal care recruited from a maternal and child outpatient clinic of a public hospital

at Rio de Janeiro, Brazil. The inclusion criteria were PWLWHIV between 20 and 36 weeks of gestation and followed until the postpartum consultation where the birth questionnaire was done evaluating the usefulness of birth plan by PWLWHIV's opinion. The exclusion criteria were miscarriages, premature births, stillbirths, fetal malformations, adolescents and pregnant women unable to understand the informed consent or the questionnaire (psychiatric disorders) (27,28).

The study instruments include a structured birth plan associated to be filled up and discussed during prenatal care and a subjective evaluation of the importance of the prenatal birth plan.

There were 2 interviews, the first was during pregnancy and lasted approximately 2 hours and the last one was after birth and lasted 30 minutes. The first interview was done between the 20th week and the 36th week of pregnancy, before delivery in order to help the PWLWHIV filling up the birth plan. In the first interview, the birth plan was presented to PWLWHIV and it enabled to discuss any questions or uncertainties they had. In the second interview, the utility of birth plan was evaluated by PWLWHIV's opinion about birth plan utility.

Data Analysis

Two instruments were used to evaluate the birth plan. First interview: Filling birth plan during prenatal care. This birth plan was an initial proposal to know if it was important or not for PWLWHIV.

The structured birth plan included questions about preferences on the presence of a companion during labor and delivery; the intravenous medication needed during labor and delivery to avoid vertical transmission; the symptoms PWLWHIV should inform to healthcare professional that were signs of emergency or complications and the authorization of partogram. It also included how they want to relieve their pain during labor and delivery, according to maternity availability and physical structure. The birth plan also informed the medications that were necessary for avoiding vertical transmission and when a cesarean section was necessary.

The birth plan also included the option for PWLWHIV to choose the first medical care that was done with the baby. If they authorized the prompt ligation of umbilical

cord, the ART that was administered to the baby and the vaccines. And lastly it included the participation of the companion during baby care and the photographs that were taken.

A model of the birth plan presented and filled up at the first interview was at supplementary material.

Second Interview : a subjective evaluation of PWLWHIV's opinion about the utility of birth plan that was filled during the first interview.

In preparation for labor and delivery, pregnant women living with HIV (PWLWHIV) were invited to express their preferences regarding labor support. They were given the opportunity to indicate whether they wished to have a support person present during labor and/or in the event of a cesarean section. Their awareness of emergency warning signs was also confirmed—such as vaginal bleeding, intense abdominal pain, severe headache, visual disturbances, inability to urinate, chills, shortness of breath, or involuntary pushing—which require immediate medical attention.

For clinical monitoring, patients were asked to provide consent for the use of a partograph starting at 4 centimeters of cervical dilation, enabling continuous assessment of maternal vital signs, fetal heart rate, and uterine contractions. They were also instructed to disclose any known drug allergies and, if applicable, specify the medications involved. Consent was additionally requested for the use of antibiotics when clinically indicated—for example, in the presence of a maternal fever above 38°C, prolonged rupture of membranes exceeding 18 hours, or foul-smelling vaginal discharge. In cases of elevated blood pressure or symptoms of preeclampsia, patients were given the option to pre-authorize treatment with magnesium sulfate or antihypertensive medications, following WHO clinical guidelines. Furthermore, permission was sought for establishing and maintaining intravenous access during labor.

In regard to the initiation or induction of labor, patients were encouraged to express their preference on whether continuous cardiotocography (CTG) should be limited to situations where it is medically necessary. They could also state their comfort level with consuming clear fluids, such as water, tea, or gelatin, during labor. If food intake was desired, they were informed of the potential risks should emergency general

anesthesia be required. Additionally, patients had the opportunity to consent to the use of pharmacological methods to induce labor when deemed necessary by the medical team.

During cervical dilation, patients were asked to indicate their preferred pain management strategies. They could choose from various non-pharmacological methods such as the use of a Pilates ball, proprioception cushion, personal music playlist, dancing, walking, hydrotherapy, local heat application, massage with oil or cream (administered by their support person), breathing techniques, body awareness exercises, squatting movements, or acupuncture. They were also invited to suggest any additional non-pharmacological methods they wished to use. Pharmacological pain relief options, including epidural analgesia (with or without ambulation) and other analgesic medications, could also be selected.

As the time for birth approached, patients were encouraged to share their preferences regarding the expulsive phase. They could request the presence of the full medical team or express neutrality. Freedom to choose the birthing position was also offered. If the patient preferred to avoid an episiotomy, this preference would be respected unless clinical circumstances required it—such as instrumental delivery, signs of fetal distress, or a high risk of severe perineal tearing with potential consequences for urinary or bowel function. Authorization for episiotomy in case of medical necessity could also be provided. Patients were further asked whether they planned to use supportive tools during pushing, such as side handles, leg rests, or foot supports.

Regarding the birthing environment, the patient and her partner were given the choice to request a calm, dimly lit, and comfortable setting in the delivery room. The patient could select a personal music playlist for the occasion. She also had the option to specify who would have immediate skin-to-skin contact with the newborn—whether herself, the father, or both. Approval for administering vitamin K during this bonding period could be indicated as well. To help reduce the risk of vertical HIV transmission, patients could consent to early cord clamping (around one minute after delivery). If desired, permission could be given for the healthcare team to take a few photos during the birth. The patient could also state whether her partner should assist with newborn care tasks, such as dressing or bathing. Finally, she could provide authorization for the

administration of neonatal vaccines (e.g., for hepatitis B and tuberculosis) and the immediate initiation of oral antiretroviral prophylaxis for the newborn.

In the postpartum period, the patient could authorize the continuation of intravenous access and administration of medications in the event of abnormal bleeding. If such a situation arose, she could pre-approve specific interventions including uterine massage, oxytocin administration, suturing of any lacerations, cervical examination, or manual removal of the placenta based on clinical assessment. Additionally, she could express her wish to remain in a rooming-in arrangement with her newborn, allowing for shared accommodation in a private and supportive space. She could also request to be fully informed about all procedures involving her baby and indicate her desire to participate in routine newborn care activities, such as bathing.

The variables were maternal age (years); parity (primiparity or multiparity); ethnicity (white, mixed, or black); type of delivery (vaginal or cesarean); newborn sex (male or female); gestational age at birth (weeks); birth weight (grams); 1 min Apgar score (0 = score > 7; 1 = score ≤ 7); length at birth (cm); and complications during birth. Table 1 displays the variables studied: the sociodemographic and birth characteristics of the study population, which is the same as that used in a study using the Mackey questionnaire (27,28)

ETHICAL CONSIDERATIONS

Human ethics approval was granted from Ethics Comittee - CAAE: No 66217722.2.0000.5264. All the PWLWHIV who participated in the study met the inclusion criteria and understood the aim of the study. All PWLWHIV signed an informed and free consent form before participation. To guarantee anonymization and prevent a breach of confidentiality, when the patient agreed to enter the study, she received an identification number, which will be used throughout the study and data analysis. Only the study's main investigator had the key file that would link the study's identification number and the volunteer's name. The key files were kept in a locked cabinet, which only the study's main investigator had the key.

The main benefit of this research was for the medical community that deals with PWLWHIV, as the results of this research will help us to better understand the birth process and its consequences, and perhaps point us to possible interventions, which will help to improve the birth experience of HIV-infected Pregnant women. The participation in this research was completely voluntary.

RESULTS

A total of 82 PWLWHIV from a public prenatal care unit of Rio de Janeiro participated in this study (27,28). Age ranged from 19 to 49 years with a mean age of 28.5 (SD 23,3 e 28,6). Most were mixed-race were 34 (41,5%), followed by black 34 (41,5%) and white 14 (17,1%) races. All of them had infection by virus HIV (Table 1).

Their obstetric history ranged from one to six pregnancies, with a mean of one and half pregnancy. Their parity ranged from zero to five. Forty-two (42 – 51,2%) were pregnant with their first child. None of vaginal delivery received either analgesia neither anaesthesia during labor and birth. Only cesarean section received anaesthesia (25 – 30,5%) (27,28).

Table 1 – Description of PWLWHIV

Variable	Descriptive
Mother	
Maternal age at birth, med [IQI], min-max	28.5 [23.3; 28.6], 19 - 49
Ethnicity, n(%)	
White	14 (17.1%)
Mixed	34 (41.5%)
Black	34 (41.5%)
Number of previous pregnancies	1.5 [1; 3], 1 - 6
Number of previous deliveries	0 [0; 2], 0 - 7
Birth type	
cesarean	25 (30.5%)
vaginal	57 (69.5%)

There were no differences in responses on the study variables by race, parity or birth type. Unfortunately it was not possible to analyze in this study the influence of each part of birth plan as the result analyzed is the satisfaction and utility of birth plan by PWLWHIV (27,28).

A total of 80 (97.6%) PWLWHIV said that the birth plan helped them to understand and making decisions during the childbirth, improving it (table 2). As the majority of PWLWHIV approved the use of birth plan, there was no significant difference between the variables studied. Only 2 PWLWHIV did not approved birth planning as useful. This evaluation was part of a greater study among PWLWHIV's childbirth satisfaction.

Table 2. Evaluation of birth plan utility

Variable	
Utility of birth plan , n(%)	
No	2 (2.4%)
Yes	80 (97.6%)

Birth plan helped to articulate the PWLWHIV's preferences and expectations, which can lead to more informed and collaborative decision-making during labor and delivery. This shared decision-making process can improve the PWLWHIV's satisfaction with childbirth by ensuring that their values and choices were respected and considered.

PWLWHIV also related more empowerment and self-satisfaction after doing birth plan. The use of birth plan in PWLWHIV can have several implications for mental health, primarily through mechanisms of empowerment, anticipatory guidance, and improved communication with care teams. The medical literature indicates that birth plans, in general, offer an opportunity for patients to articulate preferences, engage in shared decision-making, and potentially reduce anxiety by clarifying expectations for

labor and delivery. This process can be protective against posttraumatic stress disorder, provided that expectations are managed and the plan is feasible within the clinical context (17).

Furthermore, the act of collaboratively developing a birth plan may foster a sense of control and self-efficacy, which is associated with improved psychological well-being. However, it is also noted that unmet expectations or inability to follow the birth plan due to medical necessity can lead to disappointment or psychological distress, underscoring the need for flexible, realistic planning and ongoing support (17).

DISCUSSION:

Birth plans serve as an educational tool, helping women understand the importance of ART, the intravenous medication during delivery and also the medication that the baby had to take after born. This knowledge of what will happen and the reduction of vertical transmission reduced anxiety of PWLWHIV and prepared them for childbirth. It also reduces the shock and stress associated with unexpected changes during labor and delivery (22,26).

In our study, during the first interview when completing and explaining the birth plan with each PWLWHIV, these women could ask their doubts about medical proceedings related to the prevention of VT. PWLWHIV understand what it is possible to do and if there is any limit of their choice. Developing the birth plan helped them understand what happened at each stage of labor. The birth plan also offered the opportunity to share the decisions with their companion.

Flexibility was the keyword, for all intervening parties: a birth plan was an agreed plan between mother and healthcare professional who helped the mother to fill up according to guidelines and to physical structure of maternity (29). Birth by its nature is an event that is impossible to predict and where everything can change suddenly. As such, it was important for PWLWHIV to know that their chosen birth plan were their wishes and not a set of rules that should be followed. It was important that the PWLWHIV was aware and conscious that the professional

healthcare did their best to follow the birth plan and only changed and explained why, when it was of great importance for the successfulness of avoiding vertical transmission, specially according to viral load at the end of pregnancy. (3,12)

The birth plan enhanced the communication, shared decision-making, and improved maternal childbirth satisfaction. In this study, PWLWHIV confirmed that their knowledge about the medical procedures regarding avoiding vertical transmission as perfectly understood and that they have more security and trust (30).

As literature describes, PWLWHIV in this study who used birth plans often reported higher satisfaction with their childbirth experience. This is attributed to a greater sense of control and fulfillment of their childbirth expectations. The process of creating a birth plan allows women to reflect on their preferences and discuss them with their healthcare providers, which can lead to a more positive and empowering birth experience (18,31).

Studies have shown that the use of birth plans is associated with better obstetric outcomes, such as a higher likelihood of vaginal delivery and reduced use of epidural analgesia. Additionally, birth plans can lead to fewer emergency cesarean sections and lower rates of postpartum depression and PTSD (25,32–37).

It is essential to emphasize that PWLWHIV, partners, nurses and doctors must be flexibles during filling up the birth plan as well during labor and childbirth adapting the birth plan to all dynamic events of labor and childbirth (33,34,36,37).

As the result of this study, enhancing the communication between PWLWHIV and healthcare professionals, encouraging discussions and participation of PWLWHIV partners during prenatal care. Increasing partners participation is a way of improving the satisfaction of PWLWHIV (38–40). This communication helped to ensure that the woman's preferences and expectations are clearly understood and considered during labor and delivery (24).

Failure to involve PWLWHIV and partners in discussions, could lead in dissatisfaction, traumatic birth and a negative experience (40,41). A good birth plan followed by health professionals will lead to satisfaction, empowerment of PWLWHIV and a positive childbirth experience (21,26,42). When HCPs' describe institutional norms and practices, almost always results in improved respect for the confidentiality of HIV status and nondiscrimination (40,41).

The birth plan helped PWLWHIV understand medical interventions to prevent vertical transmission, which consequently made PWLWHIV felt a greater sense of control and empowerment during childbirth. This sense of control was linked to higher satisfaction with the childbirth experience and better fulfillment of childbirth expectations. However, it is important to note that the success of a birth plan depends on the flexibility and support of healthcare providers, as well as realistic expectations from the women and their partners (23). It is essential that PWLWHIV knew that birth plan must be flexible as the childbirth is always a surprise and some potentials complications and changes may occur. PWLWHIV need to have realistic expectations and not dreams (43)

The birth plan is a way of discussing all aspects of childbirth. The impact of this study will go beyond simply showing the model of the birth plan, which is not done in Brazil. This study tried to show that the birth plan is more than a empowerment tool for PWLWHIV. This study shows that other studies must be done analyzing the possibility of birth plan being a directive plan for mothers.

Transforming a birth plan into a birth directive represents a fundamental shift in how maternal care is delivered—not only in terms of procedures and medical interventions, but more importantly, in terms of philosophy, autonomy, and humanized care. When a birth plan evolves into a structured institutional directive, it ceases to be a personal wish list that is often disregarded during clinical pressure, and becomes a respected, standardized framework that aligns professional practice with patient-centered values (5). This transformation increases the likelihood that women—especially those in vulnerable situations, such as pregnant women living with HIV (PWLWHIV)—will feel heard, respected, and protected throughout one of the most significant events of their lives (44).

Satisfaction in childbirth is not merely a subjective emotional metric—it is directly linked to postpartum mental health, adherence to postpartum care, trust in healthcare institutions, and even outcomes related to maternal-infant bonding and breastfeeding where applicable. Thus, turning birth plans into practical, institutionalized birth directive has profound implications for improving satisfaction, promoting respectful care, and enhancing long-term maternal health (16,45).

A standardized birth directive based on individual birth plans empowers the

pregnant woman by affirming her right to participate in decision-making processes related to her own body, health, and childbirth experience. In clinical contexts—especially within public health systems or high-risk maternity wards—many women report feeling like passive recipients of care, rather than active participants (46). This sense of powerlessness can lead to dissatisfaction, trauma, or even refusal to return for follow-up care. When a woman sees that her expressed desires have been systematically reviewed, included in hospital protocols, and respected during labor and delivery, it strengthens the therapeutic alliance between the patient and the healthcare team. She no longer feels that her preferences are “optional” or secondary to institutional routines; instead, her values become part of the system’s operating standard. This fosters a sense of safety and emotional validation, two psychological pillars associated with a positive childbirth experience—even when unforeseen clinical interventions are necessary (47,48).

Moreover, incorporating individualized birth plans into institutional birth directive helps bridge the gap between clinical efficacy and emotional experience. Hospitals and maternity care providers are often guided by standardized protocols designed to minimize risk and manage resources efficiently (49). However, these protocols are not always sensitive to cultural, personal, or psychosocial dimensions of childbirth. When guidelines are based on articulated birth plans, they offer a balanced approach: maintaining medical safety while also prioritizing dignity, cultural preferences, and emotional support. This balance is particularly critical in populations such as PWLWHIV, who often face social stigma, fear of discrimination, and anxiety related to both their diagnosis and the childbirth process (50).

A birth plan that integrates their specific needs—such as privacy, informed consent on procedures like episiotomy, skin-to-skin contact adapted to clinical safety, or access to emotional support during cesarean—can alleviate fear and ensure that care is both medically sound and emotionally nurturing. In this sense, satisfaction increases not only because women feel respected, but because they experience childbirth as a process aligned with their identity and circumstances (51).

Finally, the conversion of birth plans into birth directive also improves the consistency and accountability of healthcare delivery. One of the most frequent complaints reported by postpartum women is the inconsistency in how their preferences

are acknowledged depending on the provider on duty. This unpredictability not only generates stress but also reduces confidence in the healthcare system. When personal birth preferences are standardized into institutional protocols—clearly documented, explained to all team members, and applied across shifts—it reduces variability and increases equity in care. Each member of the team is aligned with the woman's expectations and with a protocol that legitimizes them. This also enhances legal clarity and clinical documentation, offering protection to both patients and providers.

Most importantly, this systemic respect for patient autonomy, predictability in care, and emotional responsiveness translates into higher overall satisfaction, with long-term ripple effects: better maternal mental health, stronger trust in public health institutions, reduced risk of postpartum depression, and improved patient engagement in future reproductive care. In short, a birth plan is not just a document—it is a mirror of the woman's values. When it becomes a directive, it becomes a guarantee.

When presented with a birth plan in which the pregnant woman has clearly expressed her preferences and expects accountability from the healthcare team, the obstetrician must adopt a posture of respectful partnership, clinical humility, and ethical commitment. Rather than perceiving the plan as a challenge to medical authority, the obstetrician should view it as a valuable communication tool that reflects the patient's autonomy, informed awareness, and expectations for care. The role of the professional is to listen actively, explain medical indications transparently, and align clinical decisions with the patient's values whenever safety allows. This includes openly discussing any aspects of the plan that may not be feasible due to clinical conditions, always involving the patient in decision-making and ensuring informed, voluntary consent. By adopting this collaborative and respectful approach, the obstetrician not only honors the patient's rights but also reinforces trust, reduces anxiety, and contributes to a more positive and humanized birth experience (50).

However, the proposal is not without its challenges. The main limitation lies in the difficulty of reconciling the static nature of an advance directive with the unpredictable dynamics of labor, where clinical circumstances may require rapid adaptation of the original plan (7,52).

The main challenges and barriers to implementing the birth plan are lack of uniformity and ethical conflicts. Some healthcare professionals may be reluctant to

accept refusals of certain standard procedures (53).

Despite the inherent complexities, transforming the birth plan into a formal advance directive is a viable and ethically defensible proposal, aligned with global trends toward patient empowerment and values-based medicine (54).

Of course, it is a single-centre study, which is a limitation, but it is a start, since no previous study has analysed the birth plan as a guideline for labor and birth (21,55).

Unfortunately each part of partogram was not evaluated, as it was not the objective of this study. As birth plan was associated with more satisfaction of PWLWHIV, another study must be done evaluating each part of birth plan with satisfaction of PWLWHIV.

Strengths of the study include the ability to collect high quality clinical data (antenatal, labor and delivery) from the medical record for use in maternity units of the public health system. The idea is to disseminate the use of the birth plan in antenatal care, thereby stimulating humanizing care by public health providers.

The impact of this study will go beyond simply revealing the birth plan model. The depth and breadth of data collected from PWLWHIV participants will stimulate the identification of other important research questions of interest. For example, the use of new approaches to increase maternal satisfaction with childbirth.

CONCLUSIONS

The implementation of birth plans as an advanced directive marks an advancement in the delivery of respectful, equitable, and patient-centered maternity care. It reflects not only a commitment to clinical safety but also a profound recognition of the woman's autonomy, voice, and humanity. When birth preferences are elevated from personal requests to formal components of healthcare protocols, the entire system moves closer to a model of care rooted in dignity, ethics, and collaboration.

In this process, healthcare professionals—especially obstetricians—must embrace their role not as sole decision-makers but as empathetic partners. Engaging in transparent communication, honoring informed consent, and adapting medical practice to align with a woman's values are not optional acts of kindness; they are

essential clinical responsibilities. This cultural and professional shift fosters trust, reduces trauma, and enhances maternal satisfaction, particularly for women in vulnerable contexts such as those living with HIV.

Integrating birth plans into institutional frameworks also bridges the gap between standardized protocols and individualized care. It ensures that efficiency does not come at the cost of compassion, and that safety does not exclude sensitivity. By standardizing the respect for personal choices, maternity services become more predictable, equitable, and accountable—qualities that women and families not only hope for but deserve.

Ultimately, adopting birth plans as official directive care is not merely a technical improvement—it is a declaration of values. It affirms that in every delivery room, the woman is not just a patient; she is a person, a protagonist, and a partner in the birth of her child. And when institutions honor this truth, they do more than reduce risks—they give rise to healthier beginnings, stronger trust in healthcare systems, and a new era of childbirth where respect and science walk hand in hand.

Birth plan is an advanced healthcare planning for helping PWLWHIV during childbirth and to improve their satisfaction. The main purpose achieved with this study was that the PWLWHIV had all the support and information during childbearing (56). This study tried to call attention to the fact that doctors could not only be interested in reducing mother-to-child HIV transmission and thought that they could decide everything by themselves without taking into account that PWLWHIV have their wishes and opinions. With this study, we try to call attention of healthcare providers and government authorities to this problem. PWLWHIV could and need to have a positive childbirth experience. Another study is necessary including multiple centers and with a large sample to confirm the result of this study and to increase the training of healthcare professionals to help PWLWHIV filling birth plan.

Healthcare professional should be trained to improve their effective, early and continuous communication as childbirth is unpredictable. They also need to be trained in involving PWLWHIV in the decision-making process, even when changes are necessary, in order to increase a sense of control, decision and security by PWLWHIV. This is also important to mitigate feelings of stress and disappointment (57).

Healthcare professionals should be stimulated to provide continuous emotional

support and comfort during labor and delivery as listening, having empathy and patience.

Govern authorities should also recognize that the physical structure of public maternities is also important to the success of a birth plan. An approach multidisciplinary is essential and future programs enhancing the psychologists' participation is recommended.

Other studies must be made in order to analyze if with this PWLWHIV' satisfaction could also improve the babies development and the relationship between mother and baby.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE: This study was approved by Human Research Ethics Committee of Federal University of Rio de Janeiro - CAAE: No 66217722.2.0000.5264 - 6.130.657, June 20, 2023. Written informed consent was obtained from all participants.

COMPETING INTERESTS: None

- The authors have non-financial interests to disclose.
- The authors have no competing interests to declare that are relevant to the content of this article.
- All authors certify that they have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.
- The authors have no financial or proprietary interests in any material discussed in this article.
- The authors have no conflict of interest.

FUNDING: No funding.

AUTHORS CONTRIBUTIONS:

Conceptualization: Andréa Azevedo, Francisca Rego, Cristina Hofer

Data analysis : Andréa Azevedo, Luiza Castro, Francisca Rego

Writing: Andréa Azevedo, Luisa Castro, Cristina Hofer, Francisca Rego

ACKNOWLEDGEMENTS: The authors would like to thank the Bioethics Program of the Faculty of Medicine of University of Porto for all the resources provided for the study.

REFERENCES

1. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2023 Feb 24];30(1):36–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
2. AYERS S. Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Obstet Gynecol*. 2004 Sep;47(3):552–67.
3. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychol Health Med*. 2006 Nov;11(4):389–98.
4. World Health Organization. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 200 p.
5. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience Executive summary.
6. WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
7. Lothian J. Birth plans: The good, the bad, and the future. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006;35(2):295–303.
8. Lothian JA. Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *J Perinat Educ*. 2019 Apr 1;28(2):94–103.
9. Carrotte ER, Hartup ME, Lee-Bates B, Blanchard M. “I think that everybody should be involved”: What informs experiences of shared decision-making in supporting people living with schizophrenia spectrum disorders? *Patient Educ Couns*. 2021 Jul 1;104(7):1583–90.
10. Guerrero K, Thomann J, Brandi K. Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology. *Topics in Obstetrics & Gynecology*. 2020 May 15;40(7):1–7.
11. Borrelli S, Evans K, Pallotti P, Evans C, Eldridge J, Spiby H. Mixed-methods systematic review: Childbearing women's views, experiences, and decision-making related to epidural analgesia in labour. *J Adv Nurs*. 2020 Dec 1;76(12):3273–92.
12. Alruwaili TA, Crawford K, Fooladi E. Shared decision-making in maternity care in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2024 Nov;138:104147.
13. Alruwaili TA, Crawford K, Jahanfar S, Hampton K, Fooladi E. Pregnant persons and birth partners' experiences of shared decision-making during pregnancy and childbirth: An umbrella review. *Patient Educ Couns*. 2023 Sep 1;114:107832.
14. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [cited 2023 May 22]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view
15. Sedini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clin Exp Res*. 2022 Feb 15;34(2):325–30.
16. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of

- Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med.* 2015 Jun 1;12(6).
17. Ghahremani T, Bailey K, Whittington J, Phillips AM, Spracher BN, Thomas S, et al. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 May;228(5):S977–82.
18. Bell CH, Muggleton S, Davis DL. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery.* 2022 Aug;111:103388.
19. World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acessado em 16 março de 2023. 2018. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.
20. Shareef N, Said P, Lamers S, Nieuwenhuijze M, de Vries M, van Dillen J. The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. *PLoS One.* 2024 Jun 26;19(6):e0305226.
21. Divall B, Spiby H, Nolan M, Slade P. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery.* 2017 Nov;54:29–34.
22. Afshar Y, Mei JY, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth.* 2018 Mar;45(1):43–9.
23. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Jiménez-Ruz A, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 8;18(2):456.
24. Shareef N, Said P, Lamers S, Nieuwenhuijze M, de Vries M, van Dillen J. The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. *PLoS One.* 2024 Jun 26;19(6):e0305226.
25. Ahmadpour P, Mosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Evaluation of the birth plan implementation: A parallel convergent mixed study. *Reprod Health.* 2020 Sep 7;17(1).
26. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health.* 2003 Sep;48(5):322–8.
27. de Azevedo AP, Castro L, Hofer CB, Rego F. The Childbirth Experience of Pregnant Women Living with HIV Virus. *J Clin Med.* 2025 Mar 14;14(6):1975.
28. de Azevedo AP, Castro L, Hofer CB, Rego F. Major Factors Contributing to Positive and Negative Childbirth Experiences in Pregnant Women Living with HIV. *Behavioral Sciences.* 2025 Mar 31;15(4):442.
29. Borrelli SE, Spiby H, Walsh D. The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery.* 2016 Aug 1;39:103–11.
30. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Jan;216(1):31.e1-31.e4.
31. Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Nov 22;22(1):862.
32. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2010 Jul;47(7):806–14.
33. Crossland N, Thomson G, Moran VH. Embedding supportive parenting resources into maternity and early years care pathways: a mixed methods evaluation. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2388-2>
34. Crossland N, Kingdon C, Balaam MC, Betrán AP, Downe S. Women's, partners' and healthcare providers' views and experiences of assisted vaginal birth: A systematic mixed methods review. *Reprod Health.* 2020 Jun 1;17(1).
35. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour

- companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019 Mar 18;2019(7).
36. Cheng ER, McGough H, Tucker Edmonds B. Paternal Preferences, Perspectives, and Involvement in Perinatal Decision Making. *Obstet Gynecol Surv*. 2019 Mar;74(3):170–7.
 37. Breman RB, Resnick B, Ogbolu Y, Dada S, Low LK. Reliability and Validity of a Perinatal Shared Decision-Making Measure: The Childbirth Options, Information, and Person-Centered Explanation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Jan 9];51(6):631–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36028146/>
 38. Longworth L, Ratcliffe J, Boulton M. Investigating women's preferences for intrapartum care: Home versus hospital births. *Health Soc Care Community*. 2001;9(6):404–13.
 39. Longworth MK, Furber C, Kirk S. A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*. 2015 Sep;31(9):844–57.
 40. Panda S, Begley C, Daly D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *PLoS One*. 2018 Jul 1;13(7).
 41. Panda S, Daly D, Begley C, Karlström A, Larsson B, Bäck L, et al. Factors influencing decision-making for caesarean section in Sweden - A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Sep 17;18(1).
 42. Peters MDJ, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*. 2015 Dec;28(4):272–8.
 43. Webb R, Ayers S, Bogaerts A, Jeličić L, Pawlicka P, Van Haeken S, et al. When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 2;21(1):475.
 44. Vedam S, Stoll K, Martin K, Rubashkin N, Partridge S, Thordarson D, et al. The Mother's autonomy in decision making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLoS One*. 2017 Feb 1;12(2).
 45. Green JM, Renfrew MJ, Curtis PA. Continuity of carer: What matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*. 2000;16(3):186–96.
 46. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018 Apr 17;13(4):e0194906.
 47. Tunçalp Ö., Were W, MacLennan C, Oladapo O, Gülmezoglu A, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the <sc>WHO</sc> vision. *BJOG*. 2015 Jul;122(8):1045–9.
 48. Filippi V, Ronsmans C, Campbell OM, Graham WJ, Mills A, Borghi J, et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*. 2006 Oct;368(9546):1535–41.
 49. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196–252.
 50. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: Developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(2):93–9.
 51. Légaré F, Witteman HO. Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice. *Health Aff*. 2013 Feb;32(2):276–84.
 52. Goetz-Fu M, Gaucher L, Huissoud C, De la Fourniere B, Dupont C, Cortet M. Birth plans: Developing a shared medical decision aid tool. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025 Mar 17;25(1):306.
 53. Mohaghegh Z, Javadnoori M, Najafian M, Montazeri S, Abedi P, Leyli EK, et al. Implementation of birth plans integrated into childbirth preparation classes for vaginal birth: a qualitative study of women, their husbands and clinicians' perspectives in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Dec 1;22(1).

54. Nicholls J, David AL, Iskaros J, Lanceley A. Consent in pregnancy: A qualitative study of the views and experiences of women and their healthcare professionals. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2019 Jul 1;238:132–7.
55. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*. 2016 Jun 25;43(2):144–50.
56. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: Are women living with HIV more vulnerable? *J Acquir Immune Defic Syndr (1988)*. 2014 Dec 1;67:S228–34.
57. Davies A, Larkin M, Willis L, Mampitiya N, Lynch M, Toolan M, et al. A qualitative exploration of women's expectations of birth and knowledge of birth interventions following antenatal education. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 Dec 28;24(1):875.

9.6. AUTORIZAÇÃO DAS PESQUISADORAS BRASILEIRAS PARA USO DA VERSÃO ADAPTADA AO BRASIL DO QUESTIONÁRIO DE MACKEY

Questionario Mackey Childbirth, Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross

Roseli Nomura <roseli.nomura@hotmail.com>
outubro de 2022 às 21:32 Para: Clinapa <clinapa1010@gmail.com>
Cc: Fernanda Lopes PG EPM <ferlopes30@hotmail.com>, Mary Uchiyama
<mary.uchiyama0@gmail.com>

24 de

Prezada Andrea Azevedo,

Agradeço o contato e interesse no tema.

Concedo autorização para o uso da versão brasileira do questionário de Mackey na sua pesquisa e tese de doutorado na Universidade do Porto.

Copio aqui também minha aluna Fernanda Lopes e a Profa Mary Uchiyama Nakamura, coautoras na validação do instrumento.

Atenciosamente,

Roseli Nomura

Professora Adjunta do Departamento de Obstetrícia
Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de
São Paulo - UNIFESP Professora Associada Livre-docente
da Faculdade de Medicina da USP

questionario de Mackey

fernanda lopes <ferlopes30@hotmail.com>
janeiro de 2023 às 10:16 Para: Clinapa <clinapa1010@gmail.com>

23 de

Olá, Andrea, tudo bem?
Minhas desculpas pela demora no
retorno. Autorizada utilização da
escala MCSRS-Brasil.
Segue em anexo, artigo "Validação de Face e
Conteúdo". Estou à disposição. Obrigada,
cordial abraço, Fernanda.

De: Clinapa <clinapa1010@gmail.com>
Enviado: quinta-feira, 12 de janeiro de 2023 12:44
Para: ferlopes30@hotmail.com <ferlopes30@hotmail.com>
Assunto: questionario de Mackey

[Texto das mensagens anteriores oculto]



Validação de face e conteúdo da Escala Mackey.pdf
544K

9.7.PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRJ - INSTITUTO DE PUERICULTURA E
PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência do parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV

Pesquisador: ANDREA PAULA DE AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66217722.2.0000.5264

Instituição Proponente: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.130.657

Apresentação do Projeto:

Projeto com a finalidade de avaliar a satisfação das pacientes gestantes vivendo com o vírus HIV com o parto. Como objetivos secundários visamos avaliar a importância do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto e avaliar a importância do acompanhamento multidisciplinar no parto (a importância das enfermeiras e obstetras na experiência positiva do parto).

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivo geral: Avaliar a satisfação das pacientes gestantes vivendo com HIV com o parto.

UFRJ - INSTITUTO DE PUERICULTURA E
PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 6.130.657

Foram também determinados os seguintes objetivos específicos:

- 1- Avaliar a importância do acompanhante/parceiro no processo de trabalho de parto e parto.
- 2- Avaliar a importância do acompanhamento multidisciplinar no parto -importância das enfermeiras.
- 3- Avaliar a importância do médico na experiência positiva do parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1) Incluir a definição do plano amostral; Pendência atendida.
- 2) Incluir lista de variáveis;
- 3) Incluir a definição do plano amostral; Pendência atendida.
- 4) Incluir lista de variáveis;

Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentados adequadamente.

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 Prédio da Pediatria IPPMG 1o andar - Ilha do Fundão

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-912

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-4812

E-mail: cep@ippmg.ufrj.br

**UFRJ - INSTITUTO DE PUERICULTURA E
PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 6.130.657

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista as resoluções vigentes, devem ser encaminhados ao CEP-IPPMG relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICA_S_DO_PROJETO_2064962.pdf	14/05/2023 20:52:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	trabalhoippmgf.pdf	14/05/2023 20:52:23	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Brochura Pesquisa	trabalhoippmgmerged290423.docx	14/05/2023 20:50:23	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartaresposta1.pdf	25/03/2023 23:00:44	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.docx	25/03/2023 22:47:41	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declpesqprincipal.pdf	15/12/2022 20:32:59	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	autorizMCSRS.pdf	15/12/2022 20:32:33	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Declaração de concordância	concordancia.pdf	15/12/2022 20:15:34	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Declaração de	Cuandrea.doc	14/12/2022	ANDREA PAULA DE	Aceito

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 Prédio da Pediatria IPPMG 1o andar - Ilha do Fundão

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-912

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-4812

E-mail: cep@ippmg.ufrj.br

**UFRJ - INSTITUTO DE PUERICULTURA E
PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 6.130.657

Situação do Parecer:

Pesquisadores	Cuandrea.doc	22:30:08	AZEVEDO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	14/12/2022 22:25:32	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOdadosassinado.pdf	13/12/2022 22:40:24	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	folhetoinformativoippmg.docx	13/12/2022 21:38:07	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleippmg.docx	13/12/2022 21:35:26	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOANUENCIA.pdf	13/12/2022 21:34:49	ANDREA PAULA DE AZEVEDO	Aceito

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Junho de 2023

Assinado por:
Jocelene de Fátima Landgraf

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 Prédio da Pediatria IPPMG 1o andar - Ilha do Fundão

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-912

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-4812

E-mail: cep@ippmg.ufrj.br

Andréa Paula de Azevedo

9.8.FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE

Cara participante:

O meu nome é Dra Andréa Paula de Azevedo, que estou realizando um estudo sobre a experiência de parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV". Como tal, necessito da sua colaboração.

Antes de decidir colaborar ou não neste estudo, é importante compreender os principais objetivos e procedimentos desta investigação. Por favor, leia atentamente a seguinte informação e não hesite em perguntar.

O objetivo deste estudo passa por investigar as percepções da paciente vivendo com o vírus HIV no parto, identificando como foi sua *experiência*.

A sua participação é voluntária e não será remunerada. Poderá sair do estudo a qualquer momento, sem quaisquer obrigações e sem prejuízo dos seus cuidados médicos. Garantimos a confidencialidade da sua participação. Para que a quebra de confidencialidade não ocorra, quando você aceitar entrar no estudo, receberá um número de identificação, que durante todo o estudo e análise dos dados será utilizado. Apenas a investigadora principal do estudo terá o arquivo-chave que ligará o número de identificação do estudo e o nome da voluntária. Este arquivo-chave ficará guardado em armário trancado, que só a investigadora principal do estudo terá a chave, garantindo a pseudoanonimização dos dados.

Caso concorde em participar, ser-lhe-á pedido que assine a presente Folha de Informação ao Participante e o Consentimento Informado. Ser-lhe-ão feitas duas entrevistas:

1.A primeira será realizada no pré-natal entre a vigésima semana de gestação e o parto com aplicação do questionário sociodemográfico e orientação do parto.

2. A segunda será realizada no pós-parto até um mês depois da alta da maternidade com aplicação do questionário de parto e do questionário de Mackey validado para o português.

Todos os dados serão mantidos confidenciais e anónimos, e serão utilizados exclusivamente para esta investigação. O seu nome não constará em nenhum dos questionários, não havendo qualquer identificação pessoal.

Para informações adicionais, esclarecimento de dúvidas ou caso deseje receber esclarecimentos relativos aos resultados, não hesite em contactar-me.

Muito obrigada.

Dra Andréa Paula de Azevedo

Assinatura da Paciente

9.9.TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SER VOLUNTÁRIO DE UM PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO: Estudo sobre a avaliação da experiência do parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV acompanhadas no IPPMG / UFRJ

INVESTIGADORA:

Andréa Paula de Azevedo

Doutoranda em Bioética da Universidade do Porto

Médica Obstetra do Ambulatório Materno -Infantil

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

ORIENTADORA DO PROJETO:

Profa. Maria Francisca Rego

Professora Auxiliar da Universidade do Porto

Universidade do Porto

CO-ORIENTADORA DO PROJETO:

Cristina Barroso Hofer, MD, MSc, PhD.

Professora Titular de Doenças Infecciosas e Parasitárias

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Universidade Federal do Rio de Janeiro

DESCRIÇÃO DO PROJETO:

Nós estamos conduzindo um projeto de pesquisa chamado “Estudo sobre avaliação da experiência de parto nas gestantes vivendo com o vírus HIV”, com participação prevista das gestantes com idade materna entre 18 e 40 anos, com idade gestacional acima de 36 semanas no momento do parto acompanhadas nos ambulatórios de Obstetrícia / DIP do IPPMG/ UFRJ.

Os objetivos desta pesquisa são:

- 1- Avaliar a satisfação das pacientes gestantes vivendo com vírus HIV com o parto.
- 2- Avaliar a importância do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto.
- 3- Avaliar a importância do acompanhamento multidisciplinar no parto - importância das enfermeiras e do médico.

Você está convidado a participar deste estudo, porque é gestante em acompanhamento do setor de DIP / Obstetrícia do IPPMG / UFRJ.

Aceitar este convite significa que você será entrevistada sobre dados pessoais, dados do pré-natal e dados do parto. Serão feitas 2 entrevistas com aproximadamente 30 minutos de duração cada uma. Na primeira entrevista, será preenchido um questionário de dados pessoais e dados do pré-natal e será realizada uma orientação sobre o parto. Na segunda entrevista, será preenchido um questionário com dados objetivos do parto e um questionário de Avaliação da Satisfação com o Parto. Após cada entrevista você poderá tirar suas dúvidas com a pessoa que lhe entrevistou – Dra Andrea Azevedo.

RISCOS E BENEFÍCIOS:

Riscos: Os riscos do projeto são pequenos, e envolvem principalmente a quebra de confidencialidade. Para que a quebra de confidencialidade não ocorra, quando a paciente aceitar entrar no estudo, esta receberá um número de identificação, que durante todo o estudo e análise dos dados será utilizado. Apenas a investigadora principal do estudo terá o arquivo-chave que ligará o número de identificação do estudo e o nome da voluntária. Este arquivo-chave ficará guardado em armário trancado, que só a investigadora principal do estudo terá a chave.

Como você vai conversar sobre uma etapa importante, mas delicada da sua vida, talvez você possa ficar triste ou chateada. Em quaisquer que sejam as partes desse questionário, você, poderá não responder quaisquer que sejam as perguntas, caso deseje, seja por não querer simplesmente ou por não se sentir “confortável” para responder.

A pessoa que conversará com você, é preparada para diminuir esta chateação ou talvez até lhe encaminhar para profissionais que lidem com esta tristeza especificamente.

Sinta-se à vontade durante todo o processo de pesquisa desse estudo!

Benefícios: O principal benefício desta pesquisa será para a comunidade médica que lida com gestantes infectadas pelo HIV, pois os resultados desta pesquisa nos ajudarão a entender melhor o processo do parto e suas consequências, e quiçá nos apontará para possíveis intervenções, que ajudarão a melhorar a experiência do parto nas gestantes infectadas pelo HIV.

CUSTOS E PAGAMENTOS:

Ao participar deste estudo, você receberá, se desejar, um atestado médico para justificar as horas de trabalho gastas na entrevista. Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação neste estudo de pesquisa clínica.

ALTERNATIVAS A PARTICIPAÇÃO E DIREITO DE SAIR DO ESTUDO:

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Você não é obrigado a participar desta pesquisa. Caso decida participar e depois mude de ideia poderá deixar o estudo a qualquer momento. O seu direito de atendimento neste serviço não se modificará caso você decida participar ou não da pesquisa ou até mesmo deixar de participar após ter inicialmente consentido.

CONSENTIMENTO INFORMADO VOLUNTÁRIO:

Este documento me foi explicado e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Eu sei que posso fazer qualquer pergunta sobre qualquer aspecto desta pesquisa durante o curso do estudo e que estas perguntas serão respondidas pelos pesquisadores listados na primeira página deste documento.

Qualquer pergunta que eu tenha sobre meus direitos como participante de projetos de pesquisa serão respondidas por algum funcionário do Comitê de Ética do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, telefone: (021) 3938 9453, ou pelo pesquisador responsável, Dra. Andréa Paula de Azevedo através do telefone: (21) 99889 - 5577

Assinando este documento, eu concordo em participar deste estudo e consinto na divulgação dos resultados de forma anônima.

Em suma, confirmo que:

- 1) li, compreendi e assinei a Folha de Informação ao Participante.
- 2) foi-me dada a oportunidade de colocar questões.
- 3) todas as minhas dúvidas e perguntas foram respondidas satisfatoriamente.
- 4) compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento da investigação.
- 5) consinto em participar neste estudo e na divulgação dos dados.

Uma via deste termo de consentimento foi entregue a mim.

Nome legível do participante:

Rio de Janeiro ____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante voluntário

Nome do pesquisador: Andréa Paula de Azevedo

Assinatura do pesquisador

9.10.QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Nome : _____ No _____
 Data de Aplicação _/ _/ _
 Prontuário _____
 Telefone _____
 DUM _____ DPP _____
 GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____

Dados pessoais

1. Data de nascimento: _/ _/ _
 2. Nacionalidade: _____ 3. Naturalidade: _____
 4. Entende (lê e escreve) bem em Português? Sim _ Não _

Estatuto Conjugal

5. Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ União de facto ☐ Viúva ☐
 Outro ☐
 6. Anos do relacionamento atual? _____ 7. Nº de filhos da relação atual: _____

8. Nº de relações anteriores: _____ 9. Nº de filhos de relações anteriores: _____

Estatuto ocupacional

10. Estudante ☐ Doméstica ☐ Desempregada ☐ Empregada ☐
 11. Se empregada indique:
 11.1 Profissão: _____ 11.2 Duração: _____
 11.3. Por conta própria ☐ Por conta de outrem ☐

Estatuto socioeconômico

12. Escolaridade
 Sem escolaridade ☐ 1º grau incompleto ☐
 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐
 2º grau completo ☐ 3º grau incompleto ☐
 3º grau completo ☐ Outro ☐

Composição do agregado familiar

13. Nº de elementos do agregado familiar: _____
 13.1 Quais: Sozinha ☐ C/ família ☐ C/ companheiro/cônjuge ☐
 Pai do filho ☐ Outros ☐ _____
 14. Se vive com o pai do seu filho: duração da relação: _____
 15. Caso não viva com o pai do seu filho, está com ele:
 Praticamente todos os dias ☐ x por semana ☐ 2-3 x por semana ☐
 Semanalmente ☐ Quinzenalmente ☐ Algumas vezes p/ ano ☐

16. Quem será o acompanhante do parto? _____

Dados sobre a gravidez e o parto

17. Gravidez desejada?: Não ☐ Sim ☐

Em conjunto?

Sim ☐ Não ☐

18. Gravidez planejada? Não ☐ Sim ☐

Em conjunto?

Sim ☐ Não ☐

19. Número de semanas quando teve a confirmação da gravidez? _____

20. Quando comunicou ao pai do bebê? _____

21. Teve dúvidas no consentimento informado do trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

22. Número de semanas no momento da consulta : _____

23. CONSENTIMENTO INFORMADO DO TRABALHO DE PARTO

Sim ☐ Não ☐

24. Teve doenças ao longo da gravidez? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

25. Teve consumos de drogas ao longo da gravidez? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

26. Teve consumos de álcool ao longo da gravidez? Sim ☐ Não ☐

27. Teve consumos de tabaco ao longo da gravidez? Sim ☐ Não ☐

28. Preferência quanto ao sexo do bebê? Sim ☐ Não ☐ _____

29. Orientação do plano de parto : Sim ☐ Não ☐

Obrigado pela sua colaboração!

9.11.QUESTIONÁRIO DE DADOS DO PARTO:

QUESTIONÁRIO DO PARTO

Nome : _____ No _____

Data de Aplicação _/ _/ _

1. Tipo de Parto: Vaginal sem epidural ☐ Vaginal c/ epidural ☐

Cesariana com anestesia regional ☐ Cesariana com anestesia geral ☐

1.1 Caso tenha sido cesariana, esta estava planejada? Sim ☐ Não ☐

Motivo? Hipertensão ☐ Diabetes ☐ HIV ☐ Outro ☐ Qual? _____

1.2. Carga Viral antes do parto: _____

1.3. Quanto tempo demorou o trabalho de parto? _____

2. Teve acompanhante durante o parto? Sim ☐ Não ☐ Se sim: Por quem? _____

3. Parto doloroso? Sim ☐ Não ☐

4. O bebê nasceu com quantas semanas? _____

5. Complicações ao nascer: Sim ☐ Não ☐

6. Cuidados intensivos nas primeiras 48h? Sim ☐ Não ☐ Se sim: Quais? _____

7. Problemas de saúde à nascença? Sim ☐ Não ☐

☐ Se sim: Quais? _____

8. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

9. 1º filho: Sim ☐ Não ☐

10. Índice de APGAR: _____ 1º MIN _____ 5º MIN _____

11. Peso à nascença (g): _____

12. Comprimento à nascença (cm): _____ Perímetro cefálico _____

13. Orientação do parto : Sim ☐ Não ☐

14. Data de nascimento/parto : ____/ ____/ ____

15.. A orientação do parto fornecida na consulta anterior foi útil: Sim ☐ Não ☐

16. A orientação do parto fornecida na consulta anterior foi esclarecedora e deu mais segurança no que aconteceu ao longo do parto : Sim ☐ Não ☐

17. Teve algum momento que sentiu falta de informação? Sim ☐ Não ☐

18. O que não foi satisfatório no parto? _____

9.12.QUESTIONÁRIO DE MACKEY ADAPTADO E VALIDADO NO BRASIL:**MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATING SCALE**

no # _____

(Por favor, circule o código de uma resposta correta para cada questão, a menos que seja instruída de outra forma).

Estou interessada na sua avaliação sobre sua experiência no parto

Para cada um dos seguintes itens listados abaixo, **indique quão satisfeita ou insatisfeita você está com** esse aspecto de sua experiência no parto. (Circule uma resposta para cada item).

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita ou insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
1. A sua experiência geral durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
2. A sua experiência geral durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê)	1	2	3	4	5
3. A sua participação nas decisões durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
4. A sua participação nas decisões durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
5. A sua capacidade de lidar com as contrações durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
6. O seu conforto ou bem-estar geral durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
7. O seu conforto ou bem-estar geral durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
8. O controle que você teve sobre suas emoções durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
9. O controle que você teve sobre suas emoções durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
10. O controle que você teve sobre suas ações durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
11. O controle que você teve sobre suas ações durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita ou insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
12. A colaboração do seu marido/companheiro durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
13. A colaboração do seu marido/companheiro durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....	1	2	3	4	5
14. As condições físicas e de saúde do seu bebê no nascimento.....	1	2	3	4	5
15. O tempo que demorou para você segurar seu bebê pela 1ª vez.....	1	2	3	4	5
16. O tempo que demorou para você amamentar seu bebê pela 1ª vez.....	1	2	3	4	5
17. Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
18. Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
19. O conhecimento técnico, a habilidade e competência da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
20. O conhecimento técnico, a habilidade e competência da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
21. A quantidade de explicações ou informações que você recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
22. A quantidade de explicações ou informações que você recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto..	1	2	3	4	5
23. O interesse pessoal da equipe de enfermagem e a atenção dada a você durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
24. O interesse pessoal da equipe médica e a atenção dada a você durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
25. A ajuda da equipe de enfermagem e apoio com a respiração e o relaxamento que você recebeu durante o trabalho de parto e o parto	1	2	3	4	5
26. A ajuda da equipe médica e apoio com a respiração e o relaxamento que você recebeu durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
27. O tempo que os enfermeiros (as) dedicaram a você durante o trabalho de parto	1	2	3	4	5
28. O tempo que os médicos (as) dedicaram a você durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita ou insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
29. A atitude dos enfermeiros (as) durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
30. A atitude dos médicos (as) durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
31. A sensibilidade da equipe de enfermagem às suas necessidades, durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
32. A sensibilidade da equipe médica às suas necessidades, durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
33. Sua satisfação geral sobre os cuidados que você recebeu durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
34. No geral, qual o seu grau de satisfação ou insatisfação com a sua experiência no nascimento do seu bebê?.....	1	2	3	4	5

35. Anote o que contribuiu para a sua satisfação / insatisfação geral com a sua experiência no nascimento do seu bebê.

—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____

36. Usando os itens que você anotou na questão 35 acima, numere-os em ordem de importância: Coloque "1" na frente do item que mais contribuiu para a sua satisfação / insatisfação; coloque "2" a partir do próximo item mais importante e assim por diante até numerar todos os itens.

37. De forma geral, a sua experiência no trabalho de parto foi como você esperava? (Circule uma resposta).

Nada a ver com o que eu esperava 1

Muito pouco a ver com o que eu esperava 2

Um pouco a ver com o que eu esperava 3

Foi como eu esperava 4

38. De forma geral, a sua experiência no parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê) foi como você esperava? **(Circule uma resposta).**

Nada a ver com o que eu esperava 1

Muito pouco a ver com o que eu esperava 2

Um pouco a ver com o que eu esperava 3

Foi como eu esperava..... 4

39. No geral, você avaliaria o seu trabalho de parto como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa? **(Circule uma resposta).**

Foi muito negativa 1

Foi um pouco negativa..... 2

Foi um pouco positiva 3

Foi muito positiva 4

40. No geral, você avaliaria o seu parto como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa? **(Circule uma resposta).**

Foi muito negativa 1

Foi um pouco negativa..... 2

Foi um pouco positiva 3

Foi muito positiva 4

OBRIGADA PELA SUA COOPERAÇÃO

9.13. PLANO DE PARTO UTILIZADO NAS GESTANTES VIVENDO COM O VÍRUS HIV:

Segundo a OMS, todas as "mulheres querem ter uma experiência positiva de parto que atenda ou exceda suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais. Isso inclui dar à luz um bebê saudável em um ambiente clínico e psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional contínuo daqueles que assistem ao parto e receber cuidados de uma equipe clínica tecnicamente competente e gentil." (OMS, 2018) Além disso, o direito à privacidade da gestante/casal sempre será levado em consideração. Como a maioria das mulheres almeja vivenciar um parto fisiológico, com uma sensação de realização pessoal e envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias (OMS, 2018), é recomendado planejar esse plano de parto, mas discutir e sanar todas as dúvidas com especialistas em saúde materna e obstétrica previamente. A assinatura do acordo ou recusa deve ser seguida pela equipe de saúde. No entanto, a imprevisibilidade do parto, mesmo em gestações de baixo risco, pode exigir adaptação desse plano de parto de acordo com a situação clínica. Nessas situações, será assegurado posteriormente o exercício do consentimento informado, esclarecido e livre por parte da mulher/casal.

Gestantes portadoras do vírus devem, durante o trabalho de parto, manter o esquema ARV (terapia antirretroviral) e manter acesso venoso durante e após o parto sem prejudicar sua liberdade de movimentos. A via de parto será determinada com base no resultado da carga viral obtido a partir de 34 semanas. Para mulheres com carga viral detectável, recomenda-se cesárea eletiva por volta de 39 semanas, precedida da administração de pelo menos 3 horas de TARV injetável. Ressalta-se que a cesárea associada à redução da Transmissão Vertical (TV) é eletiva ou em estágios iniciais do trabalho de parto. Para pacientes em trabalho de parto ativo, não há benefício na redução da TV e, de fato, há maior risco de infecção materna pós-parto. Para mulheres que mantêm carga viral indetectável, o parto obstétrico pode ser permitido. No caso de parto vaginal, recomenda-se evitar episiotomia, extração a fórceps ou a vácuo, manobras de versão e clampeamento imediato do cordão

umbilical sem fazer movimentos sobre o cordão umbilical.

O trabalho de parto deve ser cuidadosamente monitorado, evitando exames repetidos (uso do partograma). Gestantes portadoras do HIV não devem ter bolsa d'água rompida por mais de quatro horas ou apresentar trabalho de parto prolongado, pois a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após quatro horas de membranas rompidas (cerca de 2% por hora até 24 horas). Portanto, o uso de ocitocina no manejo do trabalho de parto deve ser indicado, respeitando as contraindicações e o manuseio adequado. Sempre que possível, manter a bolsa amniótica intacta até o período expulsivo.

Se a episiotomia for necessária, é essencial evitar o contato entre o sangue materno e o feto. Sempre que possível, é melhor um parto sem toque (removendo o recém-nascido enquanto mantém o saco amniótico intacto).

Após o parto, deve-se realizar a limpeza suave do recém-nascido (RN), retirando sangue e secreções maternas; não perfurar o recém-nascido ou o coto umbilical até que essa limpeza seja feita; administrar xarope de ART no RN por 42 dias. A amamentação é contraindicada no pós-parto imediato. A paciente deve permanecer em Acomodação Comum se as condições clínicas permitirem, em quarto com banheiro, em estrutura que mantenha sua privacidade. A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 2 horas após o parto. O acompanhamento clínico e ginecológico é importante, assim como o monitoramento da criança até que o estado imunológico seja determinado. A ARV será continuada após o parto, independentemente da contagem de LT-CD4+ e dos sinais e sintomas clínicos da mulher.

Quando a aspiração das vias aéreas do RN for necessária, ela deve ser feita com cuidado, evitando traumas nas mucosas. A primeira dose da solução oral de ART deve ser iniciada preferencialmente na sala de parto, imediatamente após o atendimento imediato, ou nas primeiras quatro horas após o parto. Não há evidências científicas que comprovem a eficácia da profilaxia quando iniciada Após 48 horas do

parto. Todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto e parto são contraindicados (amniocentese, cordocentese, amniotomia, escalpe cefálico, uso de fórceps e extrator a vácuo).

O risco de transmissão de mãe para filho (MTCT) do HIV é determinado pela carga viral materna, uso adequado de ART durante a gravidez e a relação entre a duração efetiva da ART e o parto. O uso de ART durante a gravidez reduz a taxa de MTCT de aproximadamente 30% para menos de 1% ao atingir a supressão da carga viral materna, o que significa carga viral indetectável.

Gestantes com patologias associadas (diabetes, hipertensão, doenças infecciosas, entre outras) ou condições específicas da gestação (atraso no crescimento fetal, parto prematuro, entre outras) necessitam de um acompanhamento mais próximo, o que pode não se alinhar a algumas preferências de parto natural expressas no Plano de Parto. O plano de parto submetido é mantido no processo clínico e será respeitado desde que seja compatível com bons padrões técnicos. O que não puder ser realizado no plano de parto será imediatamente comunicado à gestante na admissão, e ela decidirá se concorda ou não com a solução proposta. A seguir estão as escolhas a serem feitas pela gestante em relação ao parto:

1. Apoio ao Trabalho de parto:

a. Durante o trabalho de parto, quero ser acompanhada: Sim ☐ Não ☐

b. Em caso de cesárea, quero ser acompanhada: Sim ☐ Não ☐

c. Você está ciente de que deve procurar ajuda se sentir sangramento, dor abdominal intensa, forte dor de cabeça ou distúrbios visuais, incapacidade de urinar, tremores, dificuldade para respirar ou esforço involuntário: Sim ☐ Não ☐

d. Você autoriza o início do partograma quando a dilatação cervical atingir 4 cm, com monitoramento periódico dos sinais vitais maternos, frequência cardíaca fetal e

frequência/intensidade/duração das contrações uterinas: Sim ☐ Não ☐

e. Alergias a medicamentos: Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais?

f. Você autoriza a administração de antibióticos se houver indicação médica? Observe que as diretrizes da OMS serão seguidas, indicando o uso de antibióticos se a temperatura estiver acima de 38°C ou a ruptura de membranas exceder 18 horas ou a presença de corrimento vaginal com odor fétido: Sim ☐ Não ☐

g. Você autoriza a administração de sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo se clinicamente indicado? Observe que as diretrizes da OMS serão seguidas, indicando se a pressão arterial diastólica estiver acima de 110 mmHg e a proteinúria for 3+ ou se a pressão arterial diastólica estiver acima de 90 mmHg, a proteinúria for 2+ e houver forte dor de cabeça, distúrbio visual e dor epigástrica, ou se a pressão arterial diastólica estiver acima de 160 mmHg:

Sim ☐ Não ☐

h. Você autoriza acesso venoso durante o trabalho de parto: Sim ☐ Não ☐

2. Indução do Trabalho de Parto/Início do Trabalho de Parto:

a. Prefiro cardiocotografia contínua (CTG) apenas quando necessário:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

b. Pretendo ingerir líquidos claros (água, chá) ou gelatina. Se desejar comer durante o trabalho de parto, deve estar ciente de que em caso de necessidade de intervenção de emergência, esta terá de ser feita sob anestesia geral, e não estar em jejum pode aumentar os riscos. Sim ☐ Não ☐

c. Você autoriza a indução farmacológica do parto? Sim ☐ Não ☐

3. Métodos para alívio da dor durante o período de dilatação:

a. Pretendo utilizar métodos não farmacológicos para alívio do desconforto/dor:

Sim ☐ Não ☐

Se sim, selecione:

Bola de Pilates ☐

Disco de propriocepção ("almofada de ar") ☐

Música (própria playlist) ☐

Dança ☐

Caminhando pela sala ☐

Hidroterapia ☐

Aplicar calor local ☐

Massagem (costas; cervical; lombo-sacral) com óleo/creme (realizada pelo acompanhante) ☐ Relaxamento através da respiração ☐

Exercícios de consciência corporal ☐

Exercícios de agachamento ☐

Acupuntura ☐

Outras medidas: _____

b. Pretendo utilizar métodos farmacológicos para alívio do desconforto/dor:

Sim ☐ Não ☐

Se sim, selecione:

Quero analgesia peridural ☐

Com possibilidade de caminhar Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Outros medicamentos analgésicos ☐

4. Período expulsivo:

a. Desejo/espero que os profissionais necessários estejam presentes durante o período expulsivo:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

b.Quero/espero escolher a posição durante o período expulsivo:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

c.Se você não quiser uma episiotomia (corte perineal), saiba que os profissionais evitarão isso, a menos que seja necessário. No entanto, há situações em que é justificável, como a necessidade clínica de parto instrumentado, sofrimento fetal ou laceração perineal que pode, em última análise, afetar a disfunção urinária e fecal. Quero episiotomia apenas se houver risco de laceração: Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

d.Autoriza episiotomia se necessária por indicação médica: Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

e.Para apoiar/puxar, pretendo usar:

Alças laterais/barra ☐

Apoios para as pernas ☐

Apoio para os pés nos apoios para as pernas ☐

Outros

5. Parto

a.Eu/nós queremos que o ambiente na sala de parto seja sereno, confortável, com pouca iluminação: Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

b.Desejo escolher a playlist de músicas para o momento do parto:

Sim ☐ Não ☐

c.Quero que meu bebê tenha contato pele a pele com:

Mãe ☐ Pai ☐

d. Gostaria que a administração de vitamina K fosse feita no bebê durante o contato pele a pele:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

e. Autorizo a ligadura precoce do cordão umbilical (1 minuto) para reduzir a Transmissão Vertical:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

f. Gostaria que profissionais tirassem algumas fotos:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

g. Pretendo que meu marido/companheiro participe dos cuidados com o bebê (vestir/banhar):

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

h. Autorizo/administração de vacinas contra tuberculose e hepatite B:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

i. Autorizo a TRA no recém-nascido:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

6. Hospitalização Obstétrica (Pós-Parto)

a. Autoriza acesso intravenoso e medicação após o parto, se necessário para sangramento anormal: Sim ☐ Não ☐

b. Se houver sangramento anormal após o período expulsivo, autoriza:

Massagem uterina: Sim ☐ Não ☐

Uso de ocitocina: Sim ☐ Não ☐

Sutura de lacerações: Sim ☐ Não ☐

Exame cervical: Sim ☐ Não ☐

Extração manual da placenta: Sim ☐ Não ☐

c. Eu/nós pretendemos desfrutar do alojamento conjunto com meu bebê: ☐ Sim
☐ Não

Eu/nós queremos estar sempre informados sobre os procedimentos que serão realizados no meu bebê:

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

d. Eu/nós gostaríamos de colaborar ativamente nos cuidados de higiene (banho) do meu bebê:

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

8. Outros aspectos a serem mencionados:

Declaro/declaramos estar ciente dos cuidados de saúde e procedimentos realizados nesta Maternidade durante o trabalho de parto, parto e cuidados com o bebê. Preenchi este documento de forma informada e clínica, desvios podem ocorrer em caso de complicações no curso normal do trabalho de parto, parto e/ou cuidados com o bebê. Estou/estamos informados e cientes das opções disponíveis. Todas as dúvidas foram esclarecidas pela equipe de saúde responsável.

Data: _____

Nome da paciente: _____

Assinatura da paciente :: _____

Assinatura do Responsável pela Paciente:

Quando a paciente for menor de idade, tiver responsável legal ou não puder assinar este documento

Data: _____

Assinatura do acompanhante da paciente no parto:

9.14. LEIS PORTUGUESAS SOBRE A ASSISTÊNCIA A GESTANTE E AO PARTO:

Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro (1)

“ Sumário: Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março (2) .

«Artigo 12.º

[...]-1 - Nos serviços do SNS:

a) É reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço;

b) No caso da mulher grávida, é garantido o acompanhamento até três pessoas por si indicadas, em sistema de alternância, não podendo permanecer em simultâneo mais do que uma pessoa junto da utente.

2 - ...-3 - É reconhecido à mulher grávida, ao pai, a outra mãe ou a pessoa de referência o direito a participar na assistência na gravidez.-4 - É reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento, incluindo durante o trabalho de parto.-5 - (Anterior n.º 3.)

Artigo 16.º

[...]

1 - ...

2 - ...-3 - A mulher grávida internada em serviço de saúde tem direito ao acompanhamento, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 12.º, durante todas as fases do trabalho de parto, incluindo partos por fórceps, ventosas e cesarianas, por qualquer pessoa por si escolhida, exceto se razões clínicas ou a segurança da parturiente e da criança o desaconselharem.-4 - No caso de se proceder a uma cesariana, o elemento da equipa designado para o acolhimento do acompanhante deve prestar informação prévia acerca das fases da cirurgia e dos procedimentos habituais que ocorrem no decurso da mesma, assim como dar indicação do momento em que pode entrar na sala, uma vez concluída a preparação da parturiente e da sala, e do local em que deve posicionar-se durante a intervenção cirúrgica de modo a não colocar em causa a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente e da criança.

Artigo 17.º

[...]

1 - ...

2 - ...

3 - ...-4 - Por determinação do médico obstetra, cessa a presença do acompanhante sempre que no decurso do parto, incluindo em cesarianas, surjam complicações inesperadas que justifiquem intervenções tendentes a preservar a segurança da mãe ou da criança.-5 - Os serviços de saúde devem garantir ao pai, a outros responsáveis parentais ou a pessoas de referência, a oportunidade de assistir à observação do recém-nascido, sempre que não se identifiquem contraindicações, nomeadamente de carácter clínico.-6 - Os serviços de saúde devem assegurar ao acompanhante o direito de permanecer junto do recém-nascido, salvo se existirem razões clínicas que impeçam este acompanhamento.-7 - Os serviços de saúde devem assegurar à mulher grávida e à puérpera o direito a limitarem ou a prescindirem de visitas durante o internamento.

Artigo 18.º

Cooperação entre serviços, o acompanhante e a mulher grávida ou puérpera-1 - (Anterior corpo do artigo.)-2 - Após a alta hospitalar e durante a primeira semana de puerpério, o estabelecimento de saúde em que ocorreu o parto deve garantir um contacto, designadamente telefónico, com disponibilidade permanente, para que a mulher puérpera, o pai, outra mãe ou pessoas de referência possam esclarecer dúvidas, designadamente sobre cuidados a ter com o recém-nascido, aleitamento materno ou a condição de saúde física ou emocional da mulher puérpera.

Artigo 32.º

Deveres dos serviços de saúde no acompanhamento da mulher grávida

1 - ...-2 - Todos os estabelecimentos de saúde que disponham de internamentos e serviços de obstetria devem possibilitar, nas condições mais adequadas, o cumprimento do direito de acompanhamento de mulheres grávidas e de puérperas.-3 - As instituições hospitalares com bloco de parto devem assegurar as seguintes condições, para o exercício do direito ao acompanhamento no decurso do parto por cesariana:

a) A existência de local próprio onde o acompanhante possa trocar de roupa e depositar os seus pertences de forma adequada;

b) A prestação adequada de informação e o cumprimento de todas as regras relativas ao equipamento de proteção individual e de higiene inerentes à presença em bloco operatório;

c) A definição de um circuito em que o acompanhante possa movimentar-se, sem colocar em causa a privacidade de outras utentes nem o funcionamento do serviço.-4 - Para efeitos do cumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 18.º, os estabelecimentos de saúde organizam os serviços de modo a disponibilizarem um contacto direto às mulheres puérperas.»

Artigo 3.º

Aditamento à Lei n.º 15/2014, de 21 de março

São aditados à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, os artigos 9.º-A, 15.º-A, 15.º-B, 15.º-C, 15.º-D, 15.º-E, 15.º-F, 15.º-G, 15.º-H, 27.º-B e 32.º-A, com a seguinte redação:

«Artigo 9.º-A

Questionário de satisfação serviços de saúde materna e obstetria

Para efeitos de avaliação e monitorização da satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez e no parto, a Direção-Geral da Saúde (DGS) deve

Andréa Paula de Azevedo

disponibilizar um questionário de satisfação, a preencher por eletrônica, e proceder à divulgação anual dos seus resultados acompanhados de recomendações.

Artigo 15.º-A

Princípios—1 - De acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde, são reconhecidos em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no pós-parto, a todas as mulheres, os seguintes direitos:

a) O direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas escolhas e preferências;

b) O direito à confidencialidade e à privacidade;

c) O direito a serem tratadas com dignidade e com respeito;

d) O direito de serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência;

e) O direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas;

f) O direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados;

g) O direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito a não serem coagidas.—2 - Os princípios referidos no número anterior são igualmente aplicáveis, com as necessárias adaptações, ao pai, a outra mãe ou a pessoa de referência, e a todas as pessoas que se encontrem na qualidade de acompanhante nos termos da presente lei.—3 - Os princípios referidos nos números anteriores adquirem particular relevância em situações de especial vulnerabilidade:

a) Na presença de nado morto ou de interrupção da gravidez;

b) Nas situações de pessoas nos extremos da idade reprodutiva;

c) Na situação de mãe, nascituro ou criança com deficiência;

d) Nos casos de vítimas de violência doméstica, de abuso sexual, de práticas nefastas ou tráfico de seres humanos;

e) Nas situações de pobreza extrema, designadamente em situações de rendimentos abaixo do limiar da pobreza ou baixos níveis de literacia;

f) Na situação de pessoas migrantes e refugiadas.

Artigo 15.º-C

Prestação de cuidados na assistência na gravidez—1 - Os serviços de saúde que assegurem a assistência na gravidez devem garantir a todas as mulheres grávidas, ao pai ou a outra mãe informação em saúde sexual e reprodutiva, cuidados pré-natais seguros e apropriados e acesso a cursos de preparação para o parto e a parentalidade, em particular ao nível dos cuidados de saúde primários.—2 - Os serviços de saúde que garantam a assistência na gravidez devem assegurar à mulher grávida a atribuição de médico de família, ou, no caso de tal não se revelar possível, o acesso prioritário à prestação de cuidados de saúde.—3 - Sempre que a mulher grávida não compreenda ou tenha dificuldades manifestas em entender a língua portuguesa, deve ser assegurada, se possível, tradução linguística no âmbito da prestação de cuidados na assistência na gravidez.—4 - As equipas de saúde que garantam a assistência na gravidez devem assegurar as condições para que a mulher grávida realize as consultas e os exames necessários a uma adequada assistência pré-natal definidos pela DGS, através de orientações e normas técnicas.—5 - As equipas de saúde que prestam a assistência

Andréa Paula de Azevedo

na gravidez devem assegurar à mulher grávida a anotação dos respetivos dados clínicos no documento pessoal de registo, atualmente designado por boletim de saúde da grávida, garantindo-se progressivamente a desmaterialização dos suportes nestas matérias.—6 - As equipas de saúde devem aproveitar todas as oportunidades de contacto com a mulher grávida ou o casal, promovendo a literacia em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis.—7 - No decurso da gravidez, a mulher grávida ou o casal devem ter acesso a informações relevantes sobre todo o processo, assim como acerca do parto, do puerpério e da parentalidade, tanto em contexto de consulta individual como no âmbito dos cursos de preparação para o parto e a parentalidade.—8 - De acordo com a avaliação do risco pré-natal efetuada, os serviços de saúde que não possam assegurar à mulher grávida os cuidados de que esta necessita devem garantir uma referência planeada, célere e eficaz, para outro serviço de saúde mais diferenciado, de acordo com as redes de referência em vigor, mediante protocolos definidos entre os serviços de saúde envolvidos.—9 - Na intervenção no âmbito da prestação de cuidados na assistência na gravidez deve ser garantida a adequada articulação e complementaridade entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, em especial através das unidades coordenadoras funcionais no âmbito do SNS.

Artigo 15.º-D

Prestação de cuidados nos cursos de preparação para o parto e a parentalidade—1 - Os cursos de preparação para o parto e a parentalidade, adiante designados por cursos, têm como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na mulher grávida, casal ou família para uma adequada vivência da gravidez, parto, puerpério e transição para a parentalidade.—2 - Os cursos devem envolver uma equipa multidisciplinar, ter uma componente teórica e outra prática e devem ocorrer, preferencialmente nos cuidados de saúde primários, em horário pós-laboral, de modo a que possam participar a mulher grávida, o pai, outra mãe ou pessoa de referência, que trabalhem.—3 - No âmbito dos cursos, deve ainda proceder-se à preparação e apoio da mulher grávida ou do casal para a elaboração do plano de nascimento, preferencialmente até às 32 semanas de gestação.—4 - Os cursos devem contemplar a realização de uma visita ao local onde se prevê que o parto venha a ocorrer em articulação com a equipa dessa unidade de saúde.—5 - O plano de nascimento previsto no n.º 3 é apresentado e discutido com a equipa da unidade de saúde onde se prevê que o parto venha a ocorrer, envolvendo os profissionais de saúde e a mulher grávida ou o casal.—6 - Nestes cursos, a par do desenvolvimento de competências para o desempenho da maternidade, deve merecer destaque semelhante a preparação para o exercício da paternidade cuidadora.—7 - Os conteúdos dos cursos são definidos pela DGS através de orientações e normas técnicas.

Artigo 15.º-E

Prestação de cuidados para a elaboração do plano de nascimento—1 - Os serviços de saúde que acompanhem mulheres grávidas ou casais garantem o seu direito a um plano de nascimento, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento.—2 - Na elaboração do plano de nascimento é prestado apoio à mulher grávida ou ao casal, tendo por base um diálogo construtivo, no respeito pelo contexto cultural e pessoal da grávida, informando e esclarecendo a grávida ou o casal nas consultas de seguimento da gravidez ou nos cursos.—3 - A vontade
Andréa Paula de Azevedo

manifestada por parte da mulher grávida ou do casal no plano de nascimento deve ser respeitada, salvo em situações clínicas que o desaconselhem, tendo em vista preservar a segurança da mãe, do feto ou do recém-nascido, as quais devem ser sempre comunicadas à grávida ou ao casal, estando condicionada aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento do parto.—4 - O plano de nascimento deve contemplar práticas aconselhadas pelos conhecimentos científicos, que sejam benéficas ao normal desenrolar do processo do parto e que não coloquem em risco a saúde e a própria vida da mãe, do feto ou do recém-nascido, assim como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para realizar com segurança.—5 - Em todo o processo do parto é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da mulher grávida.—6 - A mulher grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento.—7 - Para efeitos do disposto nos números anteriores, a DGS deve definir, através de orientações e normas técnicas, o conteúdo orientador do modelo do plano de nascimento, garantindo-se progressivamente a desmaterialização dos suportes nesta matéria.

Artigo 15.º-F

Prestação de cuidados durante o trabalho de parto—1 - Os serviços de saúde devem assegurar a monitorização cuidadosa do progresso do trabalho de parto através de instrumento de registo.—2 - A mulher e recém-nascido devem ser submetidos apenas às práticas necessárias durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal, devendo ser assegurada a prestação de cuidados baseada nos melhores conhecimentos científicos.—3 - No caso da realização do parto por cesariana, a indicação clínica que o determinou deve constar do respetivo processo clínico e do boletim de saúde da grávida.—4 - Durante o trabalho de parto, os serviços de saúde devem assegurar métodos:

a) Não farmacológicos de alívio da dor, de acordo com as preferências da mulher grávida e a sua situação clínica;

b) Farmacológicos de alívio da dor, como a analgesia epidural, de acordo com as condições clínicas da parturiente e mediante seu pedido expresso, conhecedora das vantagens e desvantagens do respetivo uso.—5 - Os serviços de saúde que procedam à realização de partos devem assegurar a disponibilidade presencial e permanente de equipa de saúde multiprofissional, que assegure a realização do parto a qualquer hora.—6 - Os serviços de saúde devem seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde para uma experiência positiva do parto.

Artigo 15.º-G

Prestação de cuidados durante o puerpério—1 - Os serviços de saúde onde foi efetuada a vigilância da gravidez devem assegurar a realização da consulta do puerpério entre a quarta e a sexta semana após o parto, de acordo com as orientações e as normas técnicas definidas pela DGS.—2 - Os serviços de saúde devem garantir o adequado e regular acompanhamento clínico, na prevenção e tratamento de situações relacionadas com as alterações do foro emocional decorrentes da gravidez e parto ou primeiros meses de vida, nomeadamente a deteção precoce de depressão pós-parto e de síndrome pós-traumático.—3 - Após o puerpério, todas as mulheres grávidas e casais devem ter acesso a planos de recuperação pós-parto, em particular nos cuidados de saúde primários.—4 - Os conteúdos

Andréa Paula de Azevedo

dos planos de recuperação pós-parto são definidos pela DGS através de orientações e normas técnicas.

Artigo 15.º-H

Alimentação de lactentes e de crianças pequenas—1 - O direito à amamentação deve ser respeitado e protegido, tendo em vista a sua realização pelas mães, devendo as mesmas ser incentivadas, mas não compelidas, a amamentar.—2 - Para efeitos do disposto no número anterior, os serviços de saúde devem assegurar a todos os grupos da população, designadamente às mães, aos pais ou às pessoas de referência, informação, acesso e apoio na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente.—3 - Todos os serviços de saúde devem adotar e implementar as medidas necessárias para a proteção, promoção e suporte à amamentação, nos termos da política nacional e respetiva estratégia para a alimentação de lactentes e de crianças pequenas.”

REFERÊNCIAS:

1. DRE. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>. Acessado em 18 de março de 2023. 2019. Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro.
2. DRE. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943> . Acessado em 18 de abril 2023. 2014. Lei Portuguesa numero 15/2014.