



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO DA GESTANTE INFECTADA
PELO HIV, EM UNIDADE DE REFERÊNCIA DE
FORTALEZA-CE**

ADRIANE FERREIRA BEZERRA

Fortaleza - CE

2009

ADRIANE FERREIRA BEZERRA

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO DA GESTANTE INFECTADA
PELO HIV, EM UNIDADE DE REFERÊNCIA DE
FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em
Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como
requisito parcial para obtenção do título de mestre
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Marcelo Luiz C. Gonçalves

Fortaleza – CE
2009

ADRIANE FERREIRA BEZERRA

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO DA GESTANTE INFECTADA PELO HIV, EM
UNIDADE DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA-CE**

Grupo de Pesquisa: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

Núcleo Temático: Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias

Data da Aprovação: 21/12/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves
Orientador - UNIFOR

Prof. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira
Membro Efetivo - UFC

Prof. Dra. Maria Alix Araújo
Membro Efetivo - UNIFOR

Profa. Dra. Raimunda Magalhães
Membro Suplente - UNIFOR

Dedico este trabalho a toda minha família, ao meu pai Hélio, a minha mãe Elenice pelo apoio, certeza, força, e amor. Por estar ao meu lado em todas as horas.

AGRADECIMENTO

Ao Pai Maior, a Jesus e a Maria Mãe Santíssima por ter me dado o dom da vida. Obrigada Senhor por ser presente em todos os momentos e por ter me dado à oportunidade de poder ter cursado o Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Um sonho sem dúvida muito almejado.

Ao programa do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. A toda a equipe que faz esse Mestrado ser e acontecer, a Professora Raimundinha, Cleide, Abreu, a Tânia, Vitor, e o Widson.

A todo o corpo docente do Mestrado em Saúde Coletiva que acreditaram no nosso trabalho como estudante, e por ter dado o melhor de si para nossa formação como aluno.

Ao Professor Dr. Marcelo Luis Carvalho Gonçalves, o meu obrigado. A Professora Raimundinha que sempre esteve disponível para nós, para nos ajudar e sempre procurou resolver tudo. Agradeço por sempre ter estado ao nosso lado durante este caminho.

Ao todos os meus amigos que sempre estiveram ao meu lado em todo o caminho percorrido durante esses dois anos. Aos amigos do Mestrado que fizeram parte desta jornada maravilhosa, tão enriquecedora.

A Universidade de Fortaleza que me formou como profissional e agora como Mestre. Fico muito feliz em ter sido formada por esta Instituição de Ensino Superior.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela concessão de bolsa de Mestrado.

As Professoras Doutoradas que aceitaram fazer parte desse momento tão importante para cada um de nós, a Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira e a Dra. Maria Alix Araújo, muito obrigada.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A meu pai Hélio Pinheiro por sempre acreditar, incentivar, conversar, orientar, mostrar soluções e por não me deixar desistir dos meus sonhos. Você é demais.

A minha mãe Elenice que me orienta bastante, que se preocupa muito comigo. Que nos deu um susto durante um período dessa caminhada. Obrigada mãe, por ser tão guerreira e por continuar do nosso lado.

Agradeço muito a todos os professores e amigos, e em especial, ao meu orientador que soube entender esse momento difícil que atravessei.

A minha irmã Adrízia pelo amor, carinho, apoio, compreensão e ajuda. E ao meu irmão Alexandre pelo seu amor e carinho.

A minha sobrinha Priscila pelo amor e preocupação.

As crianças do projeto social que “abandonei” um pouco.

A toda minha família, a todos os meus amigos sem vocês a caminhada teria sido mais difícil, sem dúvida. A todos vocês que entenderam a minha ausência em alguns momentos.

“Uma noite tive um sonho... Notei também que isso aconteceu nos momentos mais difíceis da minha vida... Foi aí que te carreguei. Pegadas na areia”.

“(Autor desconhecido)”

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do atendimento prestado às gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), numa maternidade de referência de Fortaleza, CE, em relação às recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Estudo do tipo quantitativo retrospectivo, descritivo, documental, realizado através da coleta dos dados no Núcleo de Epidemiologia do Hospital Distrital Gonzaguinha de Messejana (NUHEP), referência desde 2005, a partir da criação do Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/Aids. Inicialmente ocorreu a identificação das gestantes infectadas pelo HIV que foram devidamente notificadas no NUHEP, e posteriormente o preenchimento do instrumento da coleta de dados baseado na ficha de notificação. No período estipulado para o estudo foram notificadas 150 gestantes infectadas pelo HIV. A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS versão 15.0. A média da idade das gestantes em anos foram 26,77 (DP \pm 5,84), variando entre 13 e 41 anos. Observou-se um aumento no número de gestantes infectadas pelo HIV no período avaliado, a faixa etária mais encontrada foi a de 20 a 29 anos, a realização da profilaxia no pré-natal com o uso de anti-retrovirais ocorreu em 86,3% dos casos, um percentual de uso semelhante ao do estudo realizado cinco anos antes no município. Foi verificado que 79,5% das gestantes foram submetidas ao uso profilático de anti-retrovirais na gestação, ao uso de AZT no momento do parto e de AZT no recém-nascido. Os dados encontrados no estudo, apesar das limitações metodológicas, mostram que para se garantir a redução da TV do HIV no país, mais do que novas recomendações específicas, faz-se necessário o cumprimento de todas as medidas já preconizadas pelo MS, atualmente não operacionalizadas na sua integralidade. Observou-se a necessidade de reformulações na ficha de notificação visando adequação às normas do MS.

Palavras-chaves: HIV, transmissão vertical, profilaxia.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of care provided to HIV-infected pregnant women in a reference health care facility in Fortaleza, Ceará State-Brazil, according to official recommendations from Brazilian Health Authorities regarding the prevention of HIV vertical transmission (VT). This was a quantitative retrospective, and descriptive study based on data analysis from Division of Epidemiology from Distrital Gonzaguinha de Messejana Districtal Hospital (NUHEP), a regional reference for specialized care in STD/HIV/AIDS since 2005. Initially, we made the identification of HIV infected pregnant women notified to NUHEP. Thereafter, we used an instrument of data collection based on the case report form. In the period stipulated for the study were reported 150 HIV infected pregnant women. Data analysis was performed using SPSS version 15.0. The average age of the pregnant women were 26.77 years ($SD \pm 5.84$), ranging from 13 to 41 years. It was observed that during the period of time analysed the number of HIV-infected pregnant women increased, the most frequent age group was 20 to 29 years, and use of antiretroviral drugs occurred in 86.3% cases, a percentage similar to a previous study conducted five years before. It was found that 79.5% of pregnant women underwent the prophylactic use of antiretroviral drugs during pregnancy, with zidovudine given intra partum, and to the newborn. Data found in the study, despite methodological limitations, show that in order to ensure the reduction of HIV VT, rather than further specific recommendations, it is necessary to fulfill those already established by Brazilian Health Authorities, not currently operationalized in their entirety. It was quoted that the case report form need to be improved.

Word-key: HIV, vertical transmission, prophylaxis.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

1. Gráfico. Ano da notificação das gestantes infectadas pelo HIV.
2. Tabela 1. Característica da notificação individual das gestantes infectadas pelo HIV.
3. Tabela 2. Evidência Laboratorial do HIV das gestantes infectadas pelo HIV.
4. Tabela 3. Característica dos dados do pré-natal das gestantes infectadas.
5. Tabela 04. Características dos Dados do Parto das gestantes infectadas.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	12
2.0 OBJETIVOS.....	31
3.0 MÉTODOS	33
4.0 RESULTADOS.....	36
5.0 DISCUSSÃO	40
6.0 CONCLUSÃO.....	47
7.0 REFERÊNCIAS.....	48
8.0 ANEXOS.....	59

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breve Histórico HIV/Aids

A aids consiste em uma variedade de sintomas e manifestações causada pela infecção crônica do organismo humano pelo vírus da imunodeficiência humana (ou HIV, pela forma na língua inglesa). O vírus compromete o funcionamento do sistema imunológico humano, comprometendo a sua resposta. Com a progressiva lesão do sistema imunológico o organismo humano se torna cada vez mais susceptível a determinadas infecções e neoplasias, conhecidas como doenças oportunistas, que acabam por levar o doente ao óbito (BRASIL, 2004).

No início da década de 1980 tornou-se pública a existência desta doença até então desconhecida no meio médico – um agravo para o qual não se conhecia a etiologia ou o tratamento, e que se demonstrava devastadora para o organismo afetado (NASCIMENTO, 2005).

A aids foi inicialmente reconhecida em 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de homossexuais masculinos previamente saudáveis, moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam quadros de sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* e comprometimento grave do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (ROUQUAYROL, ALMEIDA FILHO, 2003).

Em 1983, o vírus foi isolado em pacientes com aids pelos pesquisadores Robert Gallo, nos EUA, e Luc Montagnier, na França, recebendo os nomes de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus ou Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (Human T-Lymphotropic Virus ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III), respectivamente nos dois países. Em 1986, um comitê internacional recomendou o termo HIV (Human Immunodeficiency Virus ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo (ABCD AIDS, 2004).

No Brasil, da década de 80 até o presente, a dinâmica da disseminação espaço-temporal da aids foi caracterizada por três fases distintas. A primeira, no

início dos anos 80, caracterizou-se principalmente pela concentração de casos nas grandes metrópoles localizadas nas regiões Sul e Sudeste, sendo restrita a certos grupos populacionais, tais como homossexuais e bissexuais masculinos, além dos receptores de sangue e hemoderivados.

A segunda fase, nos primeiros anos da década de 90, foi caracterizada pelo aumento do número de casos entre usuários de drogas injetáveis e por uma elevação acentuada da prevalência da infecção entre os heterossexuais. Nessa fase, a epidemia expandiu-se por todos os estados brasileiros, atingindo as cidades de porte médio (200 a 500 mil habitantes) localizadas principalmente nas regiões Sul e Centro-Oeste do país.

A terceira fase da epidemia caracteriza-se pelo expressivo número de casos por transmissão do HIV entre as mulheres, por via sexual. Esse processo, denominado de “heterossexualização”, acelerou a disseminação geográfica da epidemia da aids em todo o território nacional, atingindo os municípios de pequeno porte.

O HIV é um retrovírus da família Lentivírus, isolado originalmente na França. A família Lentivírus acomete o sistema imunológico lentamente. Foram relatados dois tipos diferentes deste vírus, conhecidos como HIV tipo 1 (HIV-1) e HIV tipo 2 (HIV-2) (Barré et al, 1983). O HIV-1 possui maior transmissibilidade e menor período de latência que o HIV-2. No Brasil, o tipo mais prevalente é o HIV-1 (DUARTE, 2001).

O SIV, vírus da imunodeficiência dos símios possui certas semelhanças com o vírus HIV-1 e HIV-2, possuindo 98% de similaridade com o HIV-1, sugerindo que ambos evoluíram de uma origem comum. Esse vírus tem como hospedeiro macacos verdes e chimpanzés da África Ocidental. Dentre várias teorias que explicam a origem da aids, a menos questionada é a de que o vírus tenha sido transmitido pelo macaco verde, ou por meio de contato sexual com jovens africanos, ou por costumes tribais, tais como a ingestão de massa encefálica do símio, ou ainda por via sanguínea. Posteriormente, contatos interculturais permitiram a disseminação do vírus para outros continentes (SILVA, 2007).

Por esses fatos, supõe-se que o HIV tenha origem africana. Ademais, diversos estudos sorológicos realizados na África, utilizando amostras de soro

armazenadas desde as décadas de 50 e 60, reforçam essa hipótese. Através de estudo do genoma do HIV e de outros vírus parasitos de símios, chegou-se à teoria mais aceita sobre o surgimento do HIV: em algum lugar na África Central, possivelmente entre 1910 e 1950, um chimpanzé caçador contraiu o vírus ao se ferir, enquanto esquartejava uma carcaça de macaco. Este vírus simiano sofreu uma mutação, transformando-se no HIV e espalhando-se entre os seres humanos, possivelmente através das relações sexuais (FGAO, 1999).

O tipo HIV-1 vem se mostrando o mais virulento e com o período médio de incubação menor que o HIV-2. O HIV-1, devido às variações genômicas, pode ser dividido em três grupos: *major* (M), *outlier* (O) e *new* (N). O M é o mais abundante no mundo, e possui vários subtipos, sendo no Brasil, B o subtipo mais prevalente (BRASIL, 2005).

1.2 Dados epidemiológicos

A epidemia da infecção pelo HIV e da aids representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo. A aids destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral.

A epidemia de aids mostra-se bastante complexa e configura-se como verdadeiro mosaico de subepidemias regionais. Segundo a Organização Mundial em 2007 havia 33,2 milhões (30,6 – 36,1 milhões) de pessoas vivendo com o HIV, 2,7 milhões de casos novos de aids, e a ocorrência 2 milhões de óbitos relacionados à doença. Aproximadamente 67% dos infectados e 72% dos óbitos ocorreram na África Subsaariana, com razão de sexo de aproximadamente 100 (UNAIDS, 2008). A cada dia, aproximadamente 6.800 pessoas contraem o HIV e 5.700 pessoas morrem de aids no mundo, principalmente devido à falta de medidas preventivas e a inacessibilidade aos serviços de saúde e insumos (UNAIDS/WHO, 2007).

No período de 2001 a 2006 houve aumento de 150% no número de pessoas infectadas na Europa Oriental e Ásia Central, passando de 630 mil para 1,6 milhão (UNIAIDS/WHO, 2007). A América Latina e o Caribe também são focos expressivos da epidemia. Em 2006, no Caribe havia aproximadamente 250.000 pessoas vivendo com HIV/aids e na América Latina, 1,7 milhões de pessoas infectadas (VITÓRIA, 2007). Em 2006 ocorreram 27.000 novas infecções na região do Caribe, com 19.000 óbitos associados à doença. No mesmo período, na América Latina, estimou-se 140.000 novas infecções e 65.000 óbitos relacionados (UNIAIDS/WHO, 2007).

Em 2008, estimou-se em 2,7 milhões o número de novas infecções por HIV, e que tenha havido 2 milhões de óbitos devido a doenças relacionadas à aids em todo o mundo no ano (UNAIDS, 2009). Em dezembro de 2008, aproximadamente 4 milhões de pessoas em países de renda baixa e média recebiam terapia anti-retroviral – um aumento de dez vezes em cinco anos (UNAIDS, 2009).

O relatório do Programa das Nações Unidas para HIV e Aids (UNAIDS) documenta a tendência do crescimento do número de mulheres infectadas pelo HIV. Dos 2,7 milhões de novos casos da doença estimados para 2008, 48% foram em mulheres. Contudo, o total de casos foi 17% inferior a 2000 e 30% menor do que 1996, quando a epidemia atingiu seu pico (UNAIDS, 2009).

Foram estimadas 430.000 novas infecções por HIV em crianças menores de 15 anos em 2008. Acredita-se que a maioria destas infecções seja decorrência da transmissão intra-útero, no parto ou no pós-parto devido o aleitamento materno. O número de crianças recém infectadas por HIV em 2008 foi aproximadamente 18% menor que em 2001 (UNAIDS, 2009).

No Brasil ocorreu um crescimento acelerado dos números de casos de aids. Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem uma epidemia concentrada, com a taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos (BRASIL, 2008).

A porcentagem de mulheres grávidas vivendo com HIV que receberam tratamento anti-retroviral para prevenir a transmissão materno-infantil aumento de 9% em 2004 para 33% em 2007. Países como Botswana, Namíbia, Swazilândia e

África do Sul vivenciaram aumento na cobertura dos serviços de prevenção da transmissão materno-infantil (UNAIDS, 2008).

Entre 2000 e 2008 foram registradas no SINAN Windows e SINAN Net respectivamente 3.022 e 866 notificações de gestantes, parturientes e crianças expostas totalizando 3.888 registros. Dentre estes, 2.774 foram parturientes (BRASIL, 2008).

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico, no período de 1980 a junho de 2008, foram notificados 506.499 casos de aids no Brasil, dos quais 172.995 (34,2%) no sexo feminino. São notificados a cada ano aproximadamente 30.000 novos casos, com a ocorrência de 205.409 óbitos até o ano de 2007. A razão de sexo em 1986 era de 1500, passando a 140 homens para 100 mulheres em 2006. Estima-se que haja cerca de 800.000 indivíduos infectados pelo HIV no país, sendo 2.438 gestantes (BRASIL, 2008).

As figuras 1 a 3 mostram a distribuição espacial dos municípios brasileiros com notificação de pelo menos um caso de aids, em três períodos de tempo distintos.

FIGURA 01: Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, de 1980 a 1996.



Fonte: CN-DST/ AIDS/SPS-Ministério da Saúde, 2000.

FIGURA 02. Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, de 1987 a 1993.



Fonte: CN-DST/ AIDS/SPS-Ministério da Saúde, 2000.

FIGURA 03. Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, de 1984 a 1996



Fonte: CN-DST/AIDS/SPS. Ministério da Saúde, 2000.

O Estado do Rio de Janeiro apresentou 58.897 casos de aids notificados desde o início da epidemia em 1982 até julho de 2008. A maioria dos casos de aids no estado ocorre no sexo masculino (68,6%), no entanto, desde 1999 a razão homem/mulher está em menos de dois casos masculinos para cada caso feminino diagnosticado. Em 2008 esta razão subiu para dois para um. A última estimativa de prevalência de infecção do HIV em parturientes foi de 0,59% para o Estado do Rio de Janeiro como um todo (BRASIL, 2008).

De acordo com o boletim epidemiológico de DST/ Aids do Município de São Paulo, no período de 1983 a 2008, foram notificados no SINAN, 11.577 casos de indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sendo 4.274 (36,9%) mulheres e 7.303 (63,1%) homens, com uma razão de sexo de 1,7 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009).

Em 2009 a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo lançou a campanha “Fique sabendo” com o objetivo de diagnosticar de forma precoce a infecção pelo HIV. Segundo o programa municipal DST/Aids do Estado de São Paulo, em Catanduva, 419 pessoas fizeram o teste para detectar aids. Destas, as mulheres representaram quase 78% da população que participou da campanha. Esta campanha detectou um aumento da feminização da doença nos últimos anos (SOUZA, 2009).

No Estado do Ceará foram notificados 7.024 casos de aids no período de 1983 a 2006, com uma média de 40 a 50 novos casos por mês. Observou-se a crescente pauperização, interiorização, heterossexualização e feminilização da epidemia de aids no estado (CEARÁ, 2006). Atualmente há 6.040 pessoas com HIV/aids cadastradas no Hospital São José, referência para o agravo no estado. Cerca de 70% dos usuários deste hospital têm renda inferior a um salário mínimo ou não possuem renda, o que dificulta o acesso ao serviço (CEARÁ, 2006).

De 1983 a 2008, foram notificados no Município de Fortaleza 5.007 casos de aids em adultos, dos quais 1.303 (26,0%) do sexo feminino. Neste grupo, 1.162 (89,2%) casos ocorreram na faixa etária reprodutiva (CEVEPI, 2008). Em menores de 13 anos de idade foram notificados 103 casos de aids, dos quais 52 (50,5%) do sexo feminino. Nos maiores de 60 anos foram notificados 127 casos, sendo 26 no sexo feminino (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2008).

1.3 História natural da infecção pelo HIV

Após a infecção, o organismo leva entre duas a doze semanas para produzir a quantidade de anticorpos que possam ser detectados pelos exames específicos, período denominado "janela imunológica", ou seja, o tempo entre a infecção pelo vírus e a positividade ao exame sorológico, ou soro conversão (LIMA et al, 2006). Se o teste for realizado nesse período, é provável que seja falso-negativo. Em média, esta janela imunológica é de três meses.

Logo após a infecção, aproximadamente 50% dos pacientes apresentam manifestações clínicas semelhantes a um quadro gripal ou a uma síndrome de mononucleose, com melhora progressiva ao término de algumas semanas.

Após esta fase aguda da infecção, que pode ser inaparente, o indivíduo infectado entra numa fase crônica da infecção, que por alguns anos será assintomática. É neste período assintomático da doença que mais ocorre as transmissões horizontal e vertical. Saliente-se que em qualquer período da infecção o indivíduo infectado pode transmitir o HIV, e se fizer o teste sorológico, será positivo. O tempo decorrido entre a infecção pelo HIV e o início do aparecimento dos sinais e sintomas da aids (ou o período de infecção assintomática) é, em média, de oito a dez anos (BRASIL, 2007).

Após este período, com a queda progressiva da contagem de linfócitos CD4+ e com o aumento gradual da quantidade de vírus circulantes (carga viral) o indivíduo entra na fase sintomática da infecção, conhecida então como a aids propriamente dita. Geralmente a fase sintomática da doença começa quando a contagem de linfócitos CD4+ cai abaixo de 400 células/mm³ de sangue. No início, os sintomas da aids são inespecíficos. Porém, posteriormente, tem início as manifestações clínicas decorrente das infecções oportunistas ou neoplasias que porventura venham a se desenvolver (BRASIL, 2005).

Um sistema imunológico saudável possui em média 600 a 1.200 células CD4+/ mm³ de sangue. À medida que o vírus se replica, a contagem se reduz e a vulnerabilidade do organismo infectado pelo HIV aumenta.

Os portadores do vírus são mais vulneráveis a infecções oportunistas, causadas por fungos, bactérias, vírus ou protozoários e helmintos. Normalmente os

indivíduos não infectados pelo HIV e imunologicamente competentes conseguem combater de forma eficaz esses parasitos. Quanto maior a redução das células CD4⁺, maior também é a vulnerabilidade do paciente, e dessa forma, o paciente vai se tornando cada vez mais debilitado, e, sem intervenções terapêuticas, pode evoluir para o óbito (BRASIL, 2005).

1.4 Formas de Transmissão

O HIV pode ser transmitido por vários líquidos orgânicos, em especial o sangue, o esperma, a secreção vaginal e o leite materno (BRASIL, 1997). As categorias de transmissão do HIV são: a sexual, a parenteral e a vertical (BRASIL, 2007). Qualquer prática sexual pode acarretar transmissão de um indivíduo infectado a um não infectado, porém o risco de transmissão varia entre as diversas práticas sexuais. O contato com o sangue de um indivíduo infectado seja através da transfusão de hemoderivados, ou por agulhas e seringas contaminadas, ou por acidentes perfuro-cortantes acarreta risco de transmissão do HIV. Por sua vez, a gestante pode transmitir o vírus para o concepto, geralmente ocorrendo no final da gestação, durante o trabalho de parto ou pela amamentação.

1.5 Fisiopatogenia da aids

Para o HIV infectar as células humanas, se faz necessário que as glicoproteínas de seu envelope viral interajam com um receptor celular compatível. Por isso, após a penetração no organismo humano, o HIV infecta um tipo específico de linfócito, o linfócito T CD4⁺ (BRASIL, 2005). Após este processo, o HIV aloja seus genes no DNA da célula CD4⁺ atingida. E a utiliza para se multiplicar. Durante o processo, as células CD4⁺ acabam sendo destruídas. Com a diminuição desses glóbulos brancos, o organismo começa a perder a capacidade de realizar uma resposta imune adequada. Desta forma, uma série de microrganismos, que normalmente não são capazes de desenvolver doença nos indivíduos imunologicamente competentes, podem causar infecções graves naqueles

hospedeiros (BRASIL, 2005). De modo semelhante, os pacientes com aids são mais propensos a desenvolverem também algumas doenças neoplásicas.

1.6 Diagnóstico da Infecção pelo HIV

Detecção de anticorpos

No Brasil o diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio da realização de reações sorológicas tais como *ELISA*, *Imunoblot*, Imunofluorescência Indireta e *Western blot*, esta última geralmente para os casos nos quais houve dúvida diagnóstica. A realização e a conclusão do diagnóstico são formadas por um conjunto de procedimentos seqüenciados denominados algoritmo ou fluxograma de testes (BRASIL, 2007).

A realização de testes sorológicos como *ELISA*, *IMUNOBLOT*, *WESTERN BLOT*, Imunofluorescência Indireta, é preconizada pela Portaria 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, onde todos os laboratórios públicos, privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), devem seguir esse disposto (BRASIL, 2007).

O diagnóstico da infecção pelo HIV também pode ser feito em maternidades cujos profissionais de saúde tenham sido devidamente capacitados. Somente os reagentes aprovados pelo Ministério da Saúde podem ser utilizados no diagnóstico da infecção pelo HIV, e de acordo com um conjunto de procedimentos seqüenciados (algoritmo) disposto no anexo da Portaria N° 34/SVS/MS, de 28 de junho de 2005.

Inicialmente todas as amostras de soro ou plasma devem ser submetidas à reação de *ELISA*, na etapa chamada de triagem sorológica. Nesta etapa, os exames não reagentes são liberados como “amostra negativa para o HIV”, não havendo necessidade de exames adicionais (BRASIL, 2007).

Já as amostras com resultados reagentes ou inconclusivos no primeiro imunoensaio, deverão ser submetidas a uma etapa de confirmação sorológica composta de um segundo imunoensaio e de testes confirmatórios, tais como a Imunofluorescência Indireta, *IMUNOBLOT* e /ou *WESTERN BLOT*.

Mais recentemente tem sido implantado a testagem rápida para a detecção da infecção pelo HIV, utilizando-se os testes de leitura rápida, utilizando dois

diferentes tipos de teste, a serem realizados em paralelo na própria unidade de saúde. A amostra será considerada positiva se os dois testes iniciais apresentarem resultados positivos, da mesma forma que se os dois testes apresentarem resultados negativos, a amostra será considerada negativa para o HIV. Um terceiro teste será utilizado unicamente quando os testes iniciais (T1 e T2) apresentarem resultados discordantes, onde o T3 irá definir o resultado da amostra. (BRASIL, 2007)

Para esclarecimento de diagnóstico, uma nova amostra de sangue deverá ser coletada quando houver um resultado reagente, seguindo as recomendações técnicas estabelecidas pelo MS para diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2007).

Carga viral

Após a infecção do HIV, a contagem das células TCD4⁺ ela vai aumentando durante toda a fase aguda, no pico máximo, essas células começam a diminuir e a aumentar os títulos plasmáticos de RNA do HIV (carga viral), essa fase permanece durante toda a fase assintomática; a partir da contagem 400 de células TCD4⁺, começa a aumentar novamente essas células, a partir da contagem 800, começam a surgir às doenças oportunistas que podem levar o óbito. A contagem da carga viral é importante tanto para o portador do vírus, como nas gestantes HIV+, pois essa contagem pode orientar as medidas e manejo desta gestante (BRASIL, 2006).

1.7 Infecção pelo HIV em Gestantes

A infecção pelo HIV de uma gestante traz uma situação em que medidas profiláticas devem ser adotadas para reduzir o risco de transmissão do HIV da mãe para o bebê. Gestantes no final do terceiro trimestre de gestação, mulheres no pós-parto imediato, e em parturientes, que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal ou que não disponham do resultado mesmo, podem ser usados os testes rápidos para indicação de quimioprofilaxia da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2007).

A expansão da epidemia na população heterossexual, e o conseqüente aumento do número de mulheres infectadas, implicam no aumento dos casos de

crianças infectadas por transmissão vertical (TV). Aproximadamente 35% dos casos de TV ocorrem durante a gestação e 65% acontecem durante o trabalho de parto. Há, também, a possibilidade de transmissão do vírus através da amamentação, com o risco da infecção, variando entre 7% e 22% por exposição (BRASIL, 2007).

A taxa de TV do HIV, quando não realizadas todas as intervenções da profilaxia, atinge em torno de 25% dos recém nascidos de gestantes infectadas. No entanto, inúmeros estudos publicados demonstram a redução da TV do HIV para níveis variando entre zero e 2% após a aplicação das medidas preconizadas durante o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2005; UNICEF, 2006). No período de 1980 a junho de 2008, foram diagnosticados 11.796 casos de aids por TV no Brasil. De 1996 a 2006, houve queda significativa nessa categoria de exposição de 892 para 379 casos notificados, uma queda de 57,5% (BRASIL, 2008).

A utilização da zidovudina (AZT) para a redução da transmissão vertical do HIV foi à base das recomendações do *U.S. Public Health Service* em 1994. A partir de então foi lançada como diretriz a realização do teste de todas as mulheres com o intuito de conhecer o *status* sorológico da mulher, mesmo antes de engravidar (U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE, 1994).

Cavalcante et al (2004) lembram que desde a divulgação dos primeiros resultados da pesquisa desenvolvida pelo *AIDS Clinical Trial Group* (ACTG), Protocolo 076, em 1994, sabe-se que o uso de AZT pela gestante infectada e pelo recém-nascido, durante as primeiras semanas de vida, pode reduzir em cerca de 70% o risco de a criança ser infectada, sendo este considerado um dos principais avanços no combate a esta enfermidade. Mais recentemente, o uso de terapia anti-retroviral combinada é capaz de reduzir de forma significativa a carga viral plasmática da gestante para níveis não detectáveis, assim, reduzindo o risco de transmissão do HIV para o recém-nascido.

Há vários anos o Ministério da Saúde (MS) tem se empenhando em reduzir as taxas de TV do HIV no país. Entre as medidas preconizadas, têm-se o aconselhamento e a realização de sorologia para HIV no pré-natal, a administração da zidovudina combinada a outros anti-retrovirais para as gestantes infectadas, a administração da zidovudina durante o trabalho de parto e no pós-parto para os recém-nascidos, e a substituição do aleitamento materno. Esses procedimentos

devem estar disponíveis à população de forma universal e gratuita (SOUZA JUNIOR et al, 2004).

O Ministério da Saúde buscando conhecer a prevalência do HIV em gestantes tornou compulsória a sua notificação, bem como a notificação das crianças nascidas de mães infectadas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo vírus (BRASIL, 2000). Dentro desse contexto, é imprescindível a realização dos testes sorológicos para detecção da infecção pelo HIV em todas as gestantes, justificado pelos altos índices de infecção por esse agravo em mulheres em idade fértil.

Apesar das intervenções preconizadas terem grande impacto na redução da TV do HIV, a cobertura das ações recomendadas no Brasil foram de baixa magnitude. A distribuição regional da cobertura de sorologia para o HIV na gestação no Brasil ainda é baixa. Em 2005 foi de 31% na região Nordeste, 35% na Norte e superior a 75% nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste (BRASIL, 2005). Em 2006, de acordo com os dados do MS, a região que realizou o maior número de teste para detecção da infecção pelo HIV na assistência pré-natal foi a Região Sul (86%), seguida pelo Sudeste (77%), Centro-Oeste (70%), Nordeste (41%) e Norte (46%). O estudo mostrou que nos municípios de menor porte, com menos de 50 mil habitantes, a cobertura é baixa, com testagem nas parturientes de 52%. Já nos municípios com população acima de 400 mil habitantes, a cobertura foi de 71% (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

A nível mundial, a porcentagem de gestantes infectadas com o HIV que receberam tratamento anti-retroviral para prevenir a TV aumentou de 9% em 2004 para 33% em 2007 (UNAIDS, 2008).

Mesmo com a portaria 874/1997 do MS, que determinou que os municípios tenham como dever oferecer testagem para as gestantes durante o pré-natal e tratamento para as gestantes infectadas, a cobertura não se efetivou de forma plena. Cabe aos profissionais de saúde orientar sobre a importância da realização do teste, como também fazer o aconselhamento posterior.

Entre as falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV na gestação, destacam-se: ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal, atendimento pré-natal inadequado, ausência de solicitação de teste HIV e atendimento pré-natal

adequado, com solicitação de exame, porém sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do mesmo (BRASIL, 2004).

A Sociedade Brasileira de Pediatria publicou um estudo em 2004, no qual a taxa nacional estimada de TV do HIV foi de 8,5%, variando de 13,8% na Região Norte a 3,5% na Região Centro-Oeste. Nas regiões onde ocorreu o programa de assistência à gestante foi adequadamente implantado, ocorreram taxas de TV semelhantes às dos países desenvolvidos (BRASIL, 2007). Considerando-se o número de nascidos vivos no estado e as estimativas acima, percebe-se um grande número de casos sub-notificados.

Espera-se que uma pactuação entre o governo federal, estados e municípios reduza as taxas de TV do HIV até 2011. Para isso, o número de testes anti-HIV realizados pelo SUS em gestantes, no pré-natal, aumentará de 1,4 milhões para 2,3 milhões. As ações estão previstas no Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado em 24 de outubro, pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão. Com o intuito de ampliar as ações, estão previstos mais R\$ 16 milhões no repasse anual que o Ministério da Saúde faz para as esferas estaduais e municipais. Atualmente, são investidos R\$ 38,8 milhões para a aquisição de anti-retrovirais para gestantes e bebês HIV positivos, inibidores de lactação, fórmula infantil e testes para HIV e sífilis (BRASIL, 2007).

Os cálculos, para cobertura nacional de 100% das gestantes atendidas na rede pública de saúde, foram baseados na estimativa de 2,4 milhões grávidas atendidas por ano no SUS. Por meio de medidas preventivas e de tratamento adequado, as chances de TV do HIV caem para perto de 1%. No Plano, há outras metas, como a ampliação das ações de prevenção e tratamento da TV do HIV (BRASIL, 2007).

1.8 Políticas Públicas e a Infecção pelo HIV em Gestantes

A redução significativa das doenças infecciosas no perfil da mortalidade do Brasil criou na opinião pública uma falsa expectativa que todo esse grupo de doenças estaria logo extinto. Na realidade não foi o ocorrido no Brasil e nem nos países desenvolvidos, onde a emergência de novas doenças

transmissíveis impôs desafios ainda maiores aos sistemas de saúde (BARRETO & CARMO, 2007).

A feminização do perfil epidemiológico da aids exigiu a definição e a adoção de diretrizes nacionais para o enfrentamento do agravo no país, ocorrendo o aprimoramento das políticas e estratégias relacionadas à assistência e à prevenção da epidemia nas mulheres (BRASIL, 2004). O MS instituiu o Projeto Nascer-Maternidades com o intuito de aumentar a cobertura de aconselhamento e testagem em gestantes e atendimento às soropositivas e seus recém-nascidos (BRASIL, 2002). O projeto tem como objetivo identificar as gestantes soropositivas e oferecer a realização dos testes rápidos nas parturientes que desconhecem sua situação sorológica, e assim impedir a TV.

O MS da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades dos três níveis de governo (BRASIL, 2001), entre os quais se destacam como prioridades básicas a redução da mortalidade materna e infantil. Um dos componentes para a execução desta prioridade é a redução da TV do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007). Em fevereiro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova o Pacto pela Saúde, que fortalece a gestão compartilhada entre os níveis de governo. Cabe aos estados e municípios o desenvolvimento de ações para atingir metas, de modo que as prioridades estaduais e municipais sejam agregadas à agenda nacional (BRASIL, 2007).

Dentre os principais desafios no combate à aids, destaca-se a redução da sua incidência nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade, a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e aids, e a priorização das ações voltadas para as doenças sexualmente transmissíveis (DST) no país (BRASIL, 1999).

A Política do Programa Nacional de DST/Aids se baseia nos seguintes eixos: diagnóstico e assistência, desenvolvimento institucional e gestão do programa. Esta

Política fundamenta-se nos princípios e diretrizes do SUS e vincula-se ao comportamento das DST/aids.

Dentro desse contexto, a proposta do estudo justifica-se pela necessidade de avaliar a tendência de comportamento da transmissão vertical do HIV no município de Fortaleza, Ceará. A partir dessa avaliação podem-se propor condutas que visem à prevenção e a redução da TV do HIV, através da implantação de ações mais específicas contra este agravo. Ampliando a discussão, historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implantação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

A declaração de Adelaide, segunda conferência internacional sobre promoção de saúde, define a saúde da mulher como uma das quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis, pelo fato delas serem as principais promotoras de saúde em todo o mundo (BRASIL, 2001).

A promoção de saúde não é de responsabilidade exclusiva dos profissionais ou das instituições de saúde. Requer a construção de parcerias dos mais diversos grupos com instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais (PEREIRA ET AL, 2000; LABONTE, 1996).

1.9 Manejo da infecção pelo HIV em gestantes

A aceitação do diagnóstico é um dos aspectos mais importantes na adesão à terapia anti-retroviral (TARV). A TARV consiste no uso de fármacos com o objetivo de diminuir a carga viral e conseqüentemente reforçar o sistema imunológico, impedindo o desenvolvimento das doenças oportunistas (BRASIL, 2007).

Há mais de um tipo de TARV, a monoterapia e a terapia associada. A monoterapia é o uso de apenas um ARV, e sua utilização é específica para as gestantes infectadas, com o objetivo para reduzir o risco da TV do HIV.

A terapia associada consiste no uso de três ou mais anti-retrovirais, indicada para os casos de aids ou para os indivíduos infectados assintomáticos com contagem baixa de linfócitos TCD4⁺. As gestantes com aids, em uso de terapia

combinada, devem manter o uso dos anti-retrovirais no período pós-parto (BRASIL, 2007).

Com relação aos tipos de parto e o risco da transmissão vertical o MS preconiza, pois por volta de 65% dos casos de TV em HIV, ocorre durante o parto ou trabalho de parto. Os 35% restantes ocorrem intra-útero. O aleitamento materno aumenta esse risco a cada exposição da criança ao leite produzido por sua genitora. Dessa forma, o tipo de parto selecionado para gestantes infectadas pelo HIV, se torna uma forma de prevenção da TV (BRASIL, 2007).

A via de parto será selecionada em função da carga viral e / ou de situação obstétrica, a partir da avaliação do obstetra e do infectologista. A gestante e sua família devem ser informadas da escolha da via de parto selecionada, incluindo seus riscos e benefícios.

Para a seleção da via de parto da gestante infectada pelo HIV, utiliza-se a carga viral aferida após a 34ª semana. Na situação em que esta for menor que 1.000 cópias virais/ml, a via de parto indicada é a vaginal, a não ser que haja indicação obstétrica para o parto cesáreo. Já se a carga viral for maior ou igual a 1.000 cópias/ml, ou ainda desconhecida ou aferida antes da 34ª semana de gestação, indica-se o parto cesáreo (BRASIL, 2007).

Na via de parto cesariana eletiva, o AZT deve ser administrado pelo menos três horas antes do procedimento e deverá ser mantido até a ligadura do cordão umbilical. No caso do parto vaginal, a infusão deverá ocorrer desde o início de trabalho de parto, e mantida até o clampeamento do cordão umbilical.

No caso do parto vaginal, deve ser utilizado o partograma, evitando-se toques repetidos. O parto deve ser conduzido por ocitócitos, evitando-se que a parturiente permaneça por mais de quatro horas com bolsa rota ou trabalho de parto prolongado. Estão totalmente contra-indicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto. Também deve ser evitado a episiotomia, manter as membranas amnióticas íntegras até a expulsão e proceder à ligadura logo após a expulsão (BRASIL, 2007).

No parto cesáreo, a cirurgia deve ocorrer com o menor sangramento possível e sempre que possível, as membranas amnióticas devem permanecer

íntegras e proceder com a ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, logo após a retirada do recém-nascido (BRASIL, 2007).

O início do AZT no recém-nascido deve ocorrer ainda nas duas primeiras horas após o nascimento, devendo ser mantido durante as primeiras 6 semanas de vida. Não existem evidências do benefício, quando a administração da zidovudina ao neonato é iniciada após 48 horas de vida (BRASIL, 2006).

1.10 Justificativa

A velocidade de crescimento da aids, à semelhança com outros países, ocorre de forma mais acelerada nas mulheres do que nos homens (SANTOS et al, 2002), daí surgindo à necessidade de ampliar os estudos específicos a este segmento populacional, nas suas especificidades e suas peculiaridades. Podem-se perceber diversos padrões de transmissão da infecção pelo HIV (BASTOS E BARCELLOS, 1995), obedecendo a distintas formas de organização social, pois esta influencia e pode determinar a transmissão de infecção pelo HIV e a TV do HIV em gestantes infectadas.

A desigualdade observada nas taxas da TV no Brasil retrata a existência de diferenças que precisam ser estudadas e analisadas. Essa questão fere um dos princípios do SUS, pois a equidade não é efetivada, e a falta de conhecimento da realidade dificulta sua solução. Inúmeros desafios ainda precisam ser enfrentados para que ocorra de maneira efetiva a diminuição dos índices da TV do HIV. A partir deste fato surgiu o interesse do autor em conhecer o comportamento da epidemia da aids no município de Fortaleza, CE.

No momento que se conhece a realidade epidemiológica de uma região, é possível gerar reflexões, comparações, organização e planejamento da gestão, da comunidade, dos serviços e das Instituições de Ensino Superior de uma forma mais direcionada e organizada. Torna possível ao gestor comparar de que forma seu município se encontra diante do quadro nacional. Os resultados deste estudo poderão colaborar na elaboração de políticas públicas para o enfrentamento da TV do HIV.

Porém, no campo prático, inúmeros desafios ainda precisam ser enfrentados para tentar diminuir os índices da TV do HIV. No entanto, antes de pensar em tal feito, é preciso conhecer como se comporta a TV do HIV em cada região. A busca neste estudo consiste em conhecer o comportamento da TV do HIV em gestantes do município.

O atual sistema de vigilância epidemiológica da aids é baseado principalmente na notificação de casos e tem sido utilizado como principal fonte de informação para a observação das tendências da epidemia e para realizar o planejamento das atividades de prevenção e assistência, e divulgação da doença para a população (SANTOS et al, 2002).

A autora optou por investigar a situação da infecção pelo HIV nas gestantes, pois se sensibilizou diante da magnitude do problema.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o atendimento prestado às gestantes infectadas pelo HIV numa maternidade de referência do município de Fortaleza, CE, em relação às recomendações preconizadas pelo MS para a prevenção TV do HIV.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o perfil sociodemográfico das gestantes infectadas pelo HIV.
2. Identificar o momento do diagnóstico da infecção pelo HIV nas gestantes.
3. Verificar o percentual de gestantes infectadas pelo HIV que receberam a profilaxia da transmissão vertical do HIV de acordo com as normas do MS.

3. METODOLOGIA

Desenho Geral do Estudo:

Este estudo é do tipo quantitativo retrospectivo, descritivo, documental, que teve como objetivo avaliar a adequação do atendimento das gestantes infectadas pelo HIV às normas do MS, numa maternidade de referência do Município de Fortaleza, CE. Foram utilizados dados secundários do setor de notificação, do Hospital Distrital Gonzaguinha de Messejana, o Núcleo de Epidemiologia (NUHEP). Inicialmente ocorreu a identificação das gestantes infectadas pelo HIV que foram devidamente notificadas no NUHEP, e posteriormente o preenchimento do instrumento da coleta de dados baseado na ficha de notificação. A seguir foi feita a análise dos dados.

Local e Fonte de Dados do Estudo:

Os dados foram coletados no NUHEP do Hospital Distrital Gonzaguinha de Messejana (HDGM), situado no Município de Fortaleza-CE. O HDGM foi escolhido como local e fonte de estudo por ser referência na notificação e documentação de todos os agravos de doenças de notificação compulsória do município. O HDGM se tornou referência desde 2005, a partir da criação do Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/Aids (SAE). O SAE é composto por uma equipe multidisciplinar com atuação interdisciplinar. A referência do HDGM foi conquistada pelo critério de tempo hábil, atualização e compartilhamento. A informação inicial parte do HDGM, depois encaminhado para a regional VI, depois Secretaria de Saúde do Município, depois Secretaria de Saúde do Estado e por último Ministério da Saúde.

O NUHEP é responsável pela notificação, documentação de todos os agravos de doenças de notificação compulsória do hospital, bem como pelo encaminhamento dos dados a Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza. O NUHEP trabalha com a notificação de 40 agravos e doenças, simultaneamente com 03 sistemas complementares, Sistema de

Notificação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), o Notifica Saúde e o Sistema de Registro de Monitoramento de Emergência em Saúde Pública (CIEVS).

O NUHEP faz a vigilância à saúde com ênfase na vigilância epidemiológica, notificando e investigando as doenças e agravos através da adoção de medidas de controle de agravos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória e de outros eventos emergentes, reemergentes e inusitados de relevância para a saúde pública atendida no Hospital Distrital Gonzaguinha de Messejana.

Amostra de Estudo:

A amostra do estudo foi constituída pelas gestantes infectadas pelo HIV no Município de Fortaleza, CE que fizeram o parto durante o ano de janeiro de 2006 a junho de 2009, e que foram notificadas e cadastradas no NUHEP. Considerando-se uma prevalência de 0,6% de infecção pelo HIV neste grupo e a ocorrência de 38.000 partos anuais no município, estimava-se encontrar um total aproximado de 800 gestantes com infecção pelo HIV no período de estudo. Estimando-se uma frequência de gestantes infectadas adequadamente acompanhadas de 50% ($\pm 10\%$), para um nível de confiança de 95%, a amostra mínima que necessitou ser avaliada neste estudo foi de 89 gestantes infectadas pelo HIV. Este estudo foi realizado com o total de 150 gestantes, amostra superior ao número amostral mínimo calculado.

Critérios de Inclusão:

A seleção da amostra foi definida pelos seguintes critérios de inclusão:

1. Gestantes portadoras do HIV notificadas no Sistema de Informação de Gestante, na Célula da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza – CE;
2. Residentes em Fortaleza.

Coleta de Dados e Variáveis Estudadas:

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a junho de 2009, através da pesquisa documental realizada junto ao NUHEP do HDGM.

Na primeira etapa, os dados foram coletados no NUHEP, responsável pela notificação de doenças e agravos do HDGM. O instrumento da coleta de dados foi baseado na ficha de notificação do Sistema de Informação de Gestante HIV+ (APÊNDICE 1).

As variáveis propostas para o estudo foram organizadas através dos grupos: notificação individual, antecedente epidemiológico mãe/HIV, dados do pré-natal e dados do parto. Na primeira está inclusa: idade, faixa etária, período de gestação e escolaridade. Na segunda, referente ao antecedente epidemiológico mãe/HIV: evidência laboratorial do HIV. As variáveis referentes do pré-natal foram: realização ou não do pré-natal e o uso ou não de anti-retroviral para profilaxia. As variáveis referentes ao parto foram: tipo de parto, uso ou não de profilaxia anti-retroviral durante o parto, evolução da gravidez e início da profilaxia anti-retroviral na criança (em horas).

Análise dos Dados:

Os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 15.0. Os dados coletados foram transferidos para o aplicativo onde foi realizada a análise univariada das variáveis dicotômicas e contínuas. Os dados foram estruturados em tabelas e gráficos, e a discussão baseada na literatura vigente. Só foram consideradas na análise de cada variável as fichas com resultado conhecido para a variável avaliada.

Aspectos Legais e Éticos:

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), respeitando os termos da Portaria 196/96, do Conselho Nacional de

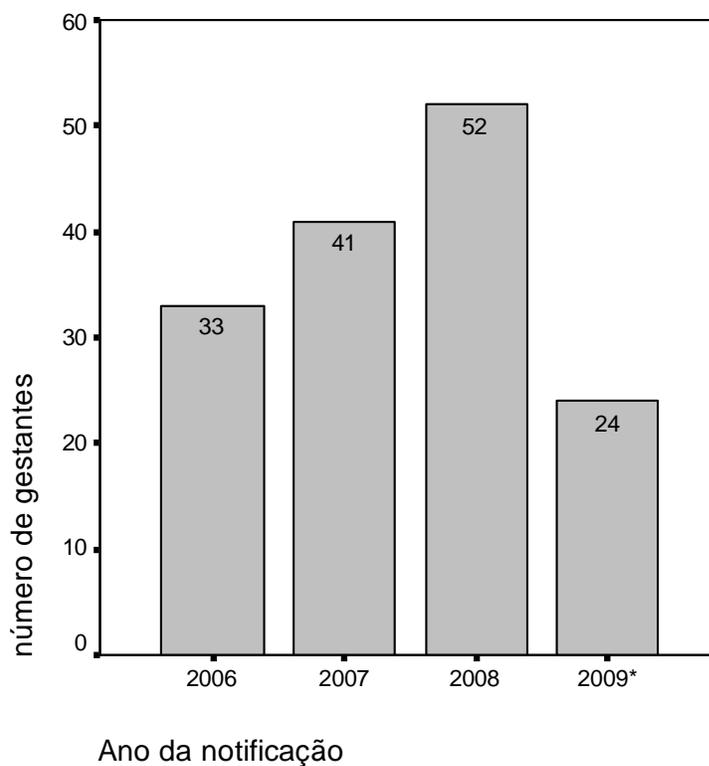
Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovada em 30 de abril de 2009, com parecer de N° 124/2009. Por meio do Termo de Fiel Depositário, que foi avaliado pelo Coordenador da Vigilância Epidemiológica do Município de Fortaleza, os pesquisadores envolvidos neste estudo assumiram as seguintes responsabilidades: preservar a privacidade dos pacientes cujos dados foram coletados; garantir que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão e que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito do estudo. Foi realizado o cumprimento dos princípios da bioética.

4.0 RESULTADOS

No período estipulado para o estudo foram notificadas 150 gestantes infectadas pelo HIV. A média da idade das gestantes em anos foi 26,77 (DP \pm 5,84), variando entre 13 e 41 anos.

O gráfico 1 mostra o número total de casos notificados no NUHEP no período de janeiro de 2006 a junho 2009.

Gráfico 1. Número de notificações, por ano, de gestantes infectadas pelo HIV, NUHEP, HDGM. Fortaleza, CE, 2009.



* até junho de 2009

A tabela 1 mostra as variáveis sociodemográficas avaliadas na pesquisa, de acordo com a ficha de notificação de casos: faixa etária e escolaridade da gestante infectada.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas das gestantes infectadas pelo HIV, NUHEP, HDGM. Fortaleza, CE, 2009.

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)		
<20	19	12,8
20 a 29	77	51,7
30 a 39	49	32,9
>39	4	2,7
Total	149	100,0
Escolaridade da gestante		
Analfabeta	4	4,4
Ensino fundamental incompleto	20	17,7
Ensino fundamental completo	18	15,9
Ensino médio completo	46	40,7
Educação superior completa	24	21,2
Total	113	100,0

A tabela 2 mostra a ocasião em que foi constatada a infecção pelo HIV nas gestantes participantes do estudo.

Tabela 2. Ocasião em que foi constatada a infecção pelo HIV nas gestantes, NUHEP, HDGM. Fortaleza, CE, 2009.

Evidência laboratorial do HIV	n	%
Antes do pré-natal	30	21,6
Durante o pré-natal	97	69,8
Durante o parto	11	7,9
Após o parto	1	0,7
Total	139	100,0

A tabela 3 mostra o número absoluto e o percentual de gestantes infectadas pelo HIV em relação à realização de consultas de pré-natal e ao uso de medicação anti-retroviral durante a gestação para a profilaxia da transmissão vertical.

Tabela 3. Variáveis relacionadas ao pré-natal e ao uso de medicação anti-retroviral pela gestante, para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, NUHEP, HDGM. Fortaleza, CE, 2009.

Variáveis	n	%
Fez pré-natal?		
Sim	117	92,9
Não	9	7,1
Total	126	100
Em uso de anti-retrovirais durante a gestação para profilaxia?		
Sim	97	82,2
Não	13	11,8
Total	110	100,0

A tabela 4 mostra os dados relacionados ao tipo de parto das gestantes infectadas pelo HIV e ao uso de AZT pela parturiente durante o parto.

Tabela 4. Tipo de parto das gestantes infectadas pelo HIV e uso de AZT na parturiente durante o trabalho de parto, NUHEP, HDGM. Fortaleza, CE, 2009.

Variáveis	n	%
Tipo de parto		
Vaginal	22	22,2
Cesárea eletiva	72	72,7
Cesárea de urgência	5	5,1
Total	99	100
Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto?		
Sim	82	86,3
Não	13	13,7
Total	95	100,0

A tabela 5 mostra os dados relacionados à evolução da gravidez e o início da profilaxia anti-retroviral com AZT no recém-nascido exposto verticalmente à infecção pelo HIV.

Tabela 5. Evolução da gravidez e momento do início da profilaxia com AZT no recém-nascido exposto ao HIV, NUHEP, HDGM. Fortaleza, CE, 2009.

Variáveis	n	%
Evolução da gravidez		
Nascido vivo	99	100,0
Natimorto	-	-
Total	99	100,0
Início da profilaxia anti-retroviral na criança em horas		
Nas primeiras 24 horas do nascimento	82	95,3
Após 24 horas do nascimento	3	3,5
Não realizado	1	1,2
Total	86	100,0

Considerando-se apenas as 73 fichas nas quais constavam informações completas sobre o uso de medicação anti-retroviral pela gestante, uso de AZT no trabalho de parto e uso de AZT pelo recém-nascido, verificou-se que em 58 (79,5%) casos foram realizadas as recomendações preconizadas pelo MS para a prevenção da TV do HIV.

5.0 DISCUSSÃO

Para o adequado controle da TV do HIV, é imprescindível o acompanhamento das gestantes infectadas durante todo o período gestacional, no momento do parto e no puerpério, além do acompanhamento da criança exposta. O serviço especializado torna mais ágil o acompanhamento da gestante durante o pré-natal, e assim o seu acompanhamento no que se refere às evidências laboratoriais da infecção pelo HIV, a avaliação do início dos anti-retrovirais, tanto no uso profilático como no terapêutico e no tipo de parto indicado.

A qualidade do pré-natal pode ser um fator decisivo na captação dessas gestantes, no manejo e na realização de todas as etapas preconizadas pelo MS na profilaxia da TV. É importante que sejam ofertadas consultas para as gestantes inseridas na rede do SUS, e que seja realizada a quantidade adequada de consultas durante todo o pré-natal. Cavalcante et al (2003), a partir de dados não publicados da Sala de Situação Epidemiológica de Fortaleza, tendo como fonte o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), constataram que das 41.311 gestantes inscritas no pré-natal no ano de 2001, apenas 9,0% realizaram de uma a três consultas, 43,0% realizaram de quatro a seis e 39,9% realizaram sete ou mais consultas.

As gestantes infectadas pelo HIV que não realizam as consultas de forma adequada no pré-natal, tanto do ponto vista quantitativo como do qualitativo, apresentam um maior risco para sua saúde e a do seu concepto. Há vários fatores que podem interferir diretamente ou indiretamente na eficácia desta captação, destacando-se a qualidade do atendimento dispensado pelas estratégias de saúde da família, da atenção básica do município. Durante este estudo, não foi possível o acesso aos prontuários das gestantes infectadas pelo HIV, de modo que não se avaliou o número de consultas recebidas durante o pré-natal.

No período de janeiro de 2006 a junho de 2009 foram identificadas 150 gestantes infectadas pelo HIV pelo NUHEP do HDGM. Uma vez que o estudo avaliou apenas as gestantes notificadas, é possível que tenham ocorrido, no período considerado neste estudo, gestantes infectadas pelo HIV nas quais não foi realizado o diagnóstico e conseqüentemente a profilaxia recomendada pelo MS. Cavalcante et al (2005), num estudo realizado em Fortaleza no período de 1999 a 2001, com o

cruzamento de bancos de dados do SINASC, Laboratório Central (LACEN) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), identificaram sub-notificação em 70,3% (97/138) gestantes infectadas pelo HIV.

No Município de São Paulo, de acordo com o Boletim da Secretaria Municipal de Saúde, considerando o período entre 2000 a 2008, o número de casos notificados de gestante infectada pelo HIV apresentou, a partir de 2000, um incremento progressivo até 2006. A partir daquela ano, e até 2008, houve uma queda gradual no número de casos notificados (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009). No presente estudo, e considerando-se que o HGDM é referência municipal para o atendimento de gestantes infectadas, observou-se um aumento no número de gestantes infectadas pelo HIV no período avaliado. Pode-se especular que este aumento seja reflexo de uma maior captação das gestantes infectadas ou ainda um aumento da prevalência da infecção neste segmento da população.

Sabe-se que quando mais precocemente se detecta a infecção pelo HIV, maior a probabilidade do indivíduo infectado ter uma melhor qualidade de vida e maior sobrevivência, por isso as políticas públicas relacionadas devem ser voltadas para se captar mais precocemente os indivíduos infectados.

O aumento do número de mulheres infectadas implica no aumento da TV, e conseqüentemente, no aumento nos casos de crianças infectadas. Infelizmente, em muitos casos o conhecimento da infecção ocorre somente durante a gestação, seja no pré-natal, ou no momento do parto (VALDÉS, 2002).

A infecção pelo HIV nas mulheres sexualmente ativas está ocorrendo em todas as faixas etárias. Neste grupo, ao longo dos anos, a faixa etária predominante foi dos 20 aos 29 anos, seguida da faixa etária dos 30 aos 39 anos. Todavia, observa-se mais recentemente um crescimento na proporção de casos nas faixas de 40 a 49, e de 50 a 59 anos (BRASIL, 2009).

Em gestantes, no Município de São Paulo, as faixas etárias com maior prevalência de infecção pelo HIV no ano de 2008 foram as de 20 a 29 anos (50%) e de 30 a 39 anos (50%) (SMS, 2009). No Paraná, foi nas com menos de 30 anos de idade (74,7%) (MISUTA et al, 2008). No Município do Rio de Janeiro, a faixa etária predominante de gestantes infectadas foi a de 19 a 25 anos, seguida pela de 26 a

30 anos (ESPINDOLA ET AL, 2006). Na presente pesquisa, a faixa etária mais encontrada foi a de 20 a 29 anos, condizente com os dados da literatura.

Um fator importante que está atrelado a esta epidemia é a informação. O acesso a ela, bem como o entendimento, a maturidade de receber e a escolha de seguir as informações relacionadas à prevenção da infecção pelo HIV podem influenciar o comportamento da pandemia. E a escolaridade das pessoas envolvidas pode influenciar neste processo informativo. Um estudo em Recife, PE, mostrou que a cobertura da testagem anti-HIV em gestantes, esteve associada ao número de consultas no pré-natal, o aconselhamento pós-teste e à sua escolaridade (MORIMURA et al, 2006). Avaliando os resultados sorológicos de Centros de Testagem e Aconselhamento de 23 municípios da Região Sul do Brasil, Cardoso et al (2007) encontraram prevalência de infecção pelo HIV em 0,5% (0,3-0,6%) gestantes. A escolaridade foi, dentre as variáveis analisadas, a única associada à diferença na prevalência da infecção, maior entre as com menor escolaridade.

No Brasil, até junho de 2008, 51% das gestantes infectadas pelo HIV tinham entre um a sete anos de estudo concluído. No município do Rio de Janeiro, 29,6% das gestantes infectadas têm o ensino fundamental completo (29,6%), 27,1% o ensino fundamental incompleto e 27,1% ensino médio (ESPINDOLA et al, 2006).

Em São Paulo, em 1998, considerando-se 25 gestantes infectadas notificadas, observou-se que 48% tinham o 1º grau incompleto, 16% o 1º grau completo, 12% o 2º grau incompleto e 20% o 2º grau completo (VAZ & BARROS, 2002). Em Santos, o nível de escolaridade encontrado neste grupo foi baixo, 77,3% das gestantes não ultrapassaram ensino fundamental (NISHIMOTO et al, 2005). No Paraná, em 2003, 42,8% das gestantes infectadas pelo HIV tinham entre cinco a oito anos de estudo, e 8,3% cursavam ou concluíram curso superior (MISUTA et al, 2008).

Neste estudo, em Fortaleza, no período de 2006 a junho de 2009, o nível de escolaridade predominante das gestantes infectadas pelo HIV foi o ensino médio completo, em 46 gestantes (40,7%).

O momento de diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante é muito importante para a adequada profilaxia da TV do HIV. Entretanto, a fração de gestantes que faz a testagem sorológica para detecção da infecção pelo HIV no país

ainda é baixa. Em Presidente Prudente, SP, 93,4% das gestantes realizaram testagem para o HIV no período do pré-natal, média compatível com a média nacional (85%) (PRESTES-CARNEIRO et al, 2009). Em cinco municípios do Paraná, em 2003, 89,6% das gestantes realizaram o teste sorológico durante o pré-natal (MISUTA et al, 2008).

Um estudo realizado no Município de São Paulo, em 2006, revelou que entre 436 gestantes infectadas, em 54,1% delas já havia evidência de infecção pelo HIV antes do período gestacional, em 24,8% o diagnóstico foi feito durante o pré-natal, em 15,6% no momento do parto e em 1,1% após o parto. E em 4,4% das gestantes avaliadas não havia esta informação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009).

De acordo com os dados de Vasconcelos & Hamann (2005), avaliando a TV do HIV em quatro capitais brasileiras, em 34,8% dos casos o diagnóstico da infecção ocorreu antes da gestação, em 45,4% durante a gestação e em 10,6% na maternidade, sendo 6,5% após o parto.

Nesta pesquisa, o momento do diagnóstico da infecção pelo HIV nas gestantes de Fortaleza no momento do parto foi de 7,9%. Estes dados, se por um lado mostram a adequação da recomendação de testagem rápida por ocasião do parto, permitindo realização de parte da profilaxia proposta, por outro lado refletem a baixa cobertura da testagem durante o pré-natal na rede de atenção básica do município. O encontro de 0,7% de casos diagnosticados no pós-parto reflete atrasos operacionais na testagem não aceitáveis no contexto atual da infecção pelo HIV.

Os resultados do estudo mostraram ainda que a proporção de mulheres que sabiam estar infectada pelo HIV antes da gravidez foi pequena (21,6%). Esses dados são preocupantes, pois o fato da maior parte das gestantes do estudo só saber que estavam infectadas pelo HIV por ocasião da gestação revela que foram perdidas oportunidades de diagnóstico mais precoce. Este retardo no diagnóstico pode favorecer a transmissão do HIV entre seus parceiros sexuais e eventualmente trazer prejuízos à sua própria saúde e do seu futuro conceito.

Em Santos, no período de 1997 a 2000, 83,0% das gestantes infectadas pelo HIV realizaram a profilaxia no pré-natal (NISHIMOTO TMI et al, 2005). Em 2004, Belo Horizonte, 85 (100%) das gestantes infectadas realizaram a profilaxia no pré-natal (ROMANELI ET AL, 2006). No município de São Paulo, em 2006, o número de gestantes infectadas pelo HIV que fizeram uso profilático de anti-retrovirais foi de 63,7% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009). Em um estudo em Fortaleza, no período de 1997 a 2001, num total de 101 gestantes infectadas, foi realizada a profilaxia da TV no pré-natal com anti-retrovirais em 83 (82,2%) gestantes (CAVALCANTE ET AL, 2004).

No presente estudo, entre 2006 e 2009, a realização da profilaxia no pré-natal com o uso de anti-retrovirais ocorreu em 86,3% dos casos, um percentual de uso semelhante ao do estudo anterior no município. Uma possível explicação para esta diferença no percentual de gestantes infectadas que fizeram profilaxia com anti-retroviral pode ser relativa à metodologia utilizada, ou ainda a diferenças reais na cobertura.

Considerando-se o uso do AZT na parturiente, no estado do Mato Grosso do Sul, a profilaxia no parto ocorreu em 94,7% das gestantes infectadas (FIGUEIRÓ-FILHO EA et al, 2005). Este valor, no município de São Paulo, foi de 70,9% em 2006, 78,3% em 2007 e 84,3% em 2008 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009). Cavalcante et al (2004) mostraram que em Fortaleza, durante os anos de 1997 a 2001, 76,2% das gestantes infectadas pelo HIV fizeram o uso de AZT no parto. Nesta pesquisa, nos anos de 2006 a 2009 apenas 54,7% das gestantes infectadas usaram o AZT durante o trabalho de parto. Não foi possível verificar se esta queda na qualidade do atendimento à gestante foi real ou decorrente da qualidade das informações constantes nas fichas de notificação.

A eleição do tipo de parto é fundamental na profilaxia da TV do HIV, uma vez que deve ser feita em função da contagem da carga viral da gestante. No estudo realizado no município de Santos, SP, NISHIMOTO TMI et al (2005) mostraram que 31,2% dos partos foram do tipo cesáreo. Em Campo de Goytacazes, RJ, um estudo revelou no período de 1999 a 2004, 86,4% dos partos em gestantes infectadas pelo HIV foi do tipo cesáreo (FERNANDES et al, 2005). Em Mato Grosso do Sul (FIGUEIRÓ-FILHO EA et al, 2005) houve igualmente predomínio de parto cesáreo (82%).

Em trabalho prévio em Fortaleza (CAVALCANTE et al 2004), constatou-se que 67,3% dos partos foram do tipo cesáreo. Na presente pesquisa, considerando-se os partos cesáreos eletivos e os de urgência, observou-se uma freqüência de 51,3%. Em virtude da contagem da carga viral não constar na ficha de notificação, não foi possível avaliar a adequação do tipo de parto realizado em Fortaleza pelas gestantes infectadas pelo HIV. Mais uma vez, esta diferença pode ser metodológica, estar associada á má qualidade da informação na ficha de notificação ou refletir queda na qualidade do atendimento obstétrico.

O uso do AZT no RN de mãe infectada pelo HIV em quatro capitais brasileiras, de acordo com os achados de VASCONCELOS & HAMANN (2005) nos prontuários médicos, foi de 92%. No estudo de Mato Grosso do Sul, o AZT foi realizado em 100% dos casos (FIGUEIRÓ-FILHO EA et al, 2005). A utilização do AZT no recém-nascido por 6 semanas, iniciado logo após o parto, é, no contexto atual, fundamental para a prevenção da TV do HIV. Este procedimento foi realizado em 84,1% no estudo de Cavalcante et al (2004) em Fortaleza. Nesta pesquisa foi constatado que em 95,3% dos recém-nascidos foi iniciado o AZT nas primeiras 24 horas de vida, e em outros 3,5% adicionais após 24 horas após o nascimento e em 1,2 % não foi realizado.

De acordo com as recomendações do MS (BRASIL, 2007), o AZT para o recém-nascido deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras quatro horas após o nascimento. Os dados encontrados revelam um descompasso entre o preconizado e o realizado, submetendo o recém-nascido a riscos adicionais desnecessários, decorrentes de falhas estruturais dos serviços de referência. Saliente-se ainda que a ficha de notificação deva ser modificada. No momento, apresenta o campo “início da profilaxia anti-retroviral na criança” com as opções “nas primeiras 24 horas do nascimento”, “após 24 horas do nascimento”, “não realizado” e “ignorado”, não contemplando o tempo correto preconizado de “até quatro horas”.

Considerando-se o uso de todas as recomendações preconizadas pelo MS para prevenção da TV do HIV, no estudo de Cavalcante et al (2004) em Fortaleza, foi verificado que 47,5% das gestantes foram submetidas a todas as recomendações. Nesta pesquisa, entre 2006 e 2009, foi verificado que 79,5% das gestantes foram submetidas ao uso profilático de anti-retrovirais na gestação, ao uso de AZT no momento do parto, de AZT no recém-nascido. Estes dados não são

comparáveis entre as duas pesquisas, pois nesta atual não foi possível verificar a adequação do tipo de parto pela falta de informação sobre a carga viral, conforme anteriormente relatado.

Faz-se necessário a implantação de mais serviços especializados no atendimento de gestantes infectadas pelo HIV. São igualmente oportunas novas políticas que efetivem ou acelerem a implantação da cobertura da profilaxia da TV do HIV. Mas deve-se levar em consideração que as políticas públicas já existentes, voltadas para a redução da TV do HIV, se devidamente aplicadas, podem reduzir esta taxa para valores próximos a 1%, considerados no momento como valores aceitáveis pela literatura internacional.

6.0 CONCLUSÕES

Inúmeros desafios ainda precisam ser enfrentados para que ocorra de maneira efetiva a realização de todas as etapas de medidas de profilaxia da TV do HIV, ou seja, antes do pré-natal, durante o pré-natal, durante o parto e após o parto. Para isso se faz necessário que sejam cumpridas todas as etapas e recomendações do Ministério da Saúde nas esferas municipal, estadual e federal. As ações devem ser garantidas pela gestão, pelo serviço e pela comunidade.

As redes do SUS e da saúde privada devem caminhar numa mesma direção de preparo e manejo das gestantes infectadas pelo HIV, integrados aos sistemas de informação de doenças e agravos de notificação. A alimentação destes sistemas deve ser realizada por pessoas que compreendam a importância de um serviço de qualidade no preenchimento das fichas de notificação, uma vez que a qualidade de informação em saúde é fundamental para a elaboração e avaliação de políticas públicas de controle de agravos. Apesar de todos os entraves e desafios no sistema, o SUS tem trabalhado na prevenção da TV do HIV, e vem sendo referenciado por suas medidas em outros países.

Os dados encontrados no estudo, apesar das limitações metodológicas, mostram que para se garantir a redução da TV do HIV no país, mais do que novas recomendações específicas, faz-se necessário o cumprimento de todas as medidas já preconizadas pelo MS, atualmente não operacionalizadas na sua integralidade.

Um dos entraves à avaliação do acompanhamento das gestantes infectadas pelo HIV é a qualidade da ficha de notificação, havendo omissões importantes no que se refere a dados da profilaxia. Por motivos operacionais as fichas de notificação são reduzidas. Mas esta compactação de informações não garante a adesão do profissional de saúde à notificação, nem à qualidade do dado lançado, o que limita o alcance de estudos epidemiológicos baseados nesta metodologia.

Observou-se ainda que a ficha de notificação não avalia o início correto do AZT no RN, uma vez que não contempla a opção de seu início antes de decorridas quatro horas após o parto. Igualmente não contempla informações sobre a carga viral da gestante, o que não permite avaliar adequadamente as indicações do tipo de parto indicado.

7.0 REFERÊNCIAS

ABCD AIDS. Disponível em: <http://www.abcd AIDS.com.br>. Acesso em: 20 set.2009.

BARRÉ-SINOUSI F.; CHERMAN J.C.; REY F. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for aids. **Science** n. 220, p.868-71, 1983.

BASTOS FI, BARCELLOS C. Geografia social da Aids no Brasil. **Revista Saúde Pública** n.29,v.1, p. 52-62, 1995.

BARRETO L.M., CARMO H.E. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.12 , p.1779-1790, 2007. Suplemento.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Disponível em: www.saude.gov.br/dad. 2006. Acesso em: 10 dez.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santa Fé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração de México**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/Aids**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes HIV**. Brasília, 2004.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Profilaxia de Gestantes HIV na Transmissão Vertical**. Brasília, 2005.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): aspectos gerais. Unidade II. Curso básico de Vigilância Epidemiológica em HIV e Aids - Caderno do aluno.** Brasília, 2005.

_____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde.** Brasília, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância à Saúde no SUS.** Brasília, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância epidemiológica da gestante HIV+ no Brasil.** Desafios para sua implementação. Programa Nacional DST/Aids. Brasília, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil.** Brasília, 2007.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Manual de bolso. Coleção DST. Aids - Séries Manuais 80, 2007.

_____.Ministério da Saúde. **Aids no Mundo.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS63943F78PTBRIE.htm>. 2007. Acesso em: 02 jun.2008.

_____.Ministério da Saúde. **DST-AIDS.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data>. Acesso em: 28 ago.2008.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria 2.104/2002.** Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia> legislação. Acesso em: 02 mar.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/Aids** - 2008. Disponível em: http://www.http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Dstaid/Boletim_RJ_2008_.pdf. Acesso em 27 fev.2009.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids · DST** - 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 10 dez .2009.

_____.Ministério da Saúde. DST: AIDS Notas Positivas. Saúde lança plano para plano para reduzir transmissão vertical do HIV e da sífilis. **Informativo Mensal** ano II, n.20, 2007. Disponível em: <http://rnpvha.org.br/arquivos/jn2.pdf>. Acesso em: 30 set.2009.

BRASIL. **Resolução CNS N.º196, de 10 de outubro de 1996**. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n. 201, p. 21 082, 16 out. 1996. Seção 1.

CARDOSO AJC et al. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em aids. **Revista Saúde Pública**. n.41(Supl.02), p. 101-8, 2007.

CAVALCANTE et al. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** n.2,v.26, p.131-134, 2004.

CAVALCANTE et al. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde** n.2, v.14, p. 129-132, 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **AIDS - Informe Trimestral**. Fortaleza, n.3, p.1-4, 2006.

CEVEPI. Disponível em: <http://www.cevepi/fortaleza/ce.gov>. Acesso em: 25 fev 2008.

DUARTE, G., GONÇALVES V.C., MARCOLIN C. A. et al. Teste rápido para detecção da Infecção pelo HIV-1 em gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** n.23,v.02, p.107-111, 2001.

FERNANDES RC de SC et al. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV do município de Campo de Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde pública* n.1,v.4, p.1153-1159.

FIGUEIRÓ-FILHO EA et al. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV-1 em gestantes no estado do Mato Grosso do Sul. *DST Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis* n.17,v.4, p. 281-287,2005.

FIGUEROA R. Evolución de los embarazos de mujeres infectadas por el vírus de la inmunodeficiencia humana. **Salud Publica Mex** 1999; 41: 362-7.

F GAO, E Bailes, DL Robertson, Y Chen et al. Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes*. **Nature**, 1999: 397: p. 436-44

LABONTE, R. **Estratégias para la promoción de la salud em la comunidad**. In: OPAS/ OMS. *Promoción de la salud: uma antologia*. Washington, EUA: OPAS, 1996.

LIMA et al, 2006. Perguntas e Respostas HIV/Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acessado em: 30 out.2008.

LIMA B.M.C. **Prevalência de infecção por papilomavírus humano e perfil comportamental de mulheres soropositivas e soronegativas para HIV, atendidas na clínica de DST em Vitória, ES**. Disponível em: <http://www.dstbrasil.org.br/associados.asp>. Acessado em: 30 nov.2009.

MIRANDA et al. **Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em: 30 nov.2009.

MISUTA NM et al, 2008. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 8 (2): 197-205, abr. / jun., 2008

MORIMORA MCR, Mendes MDC Souza AI, Alencar LCA. Freqüência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto MaternoInfantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2006; 6 (Supl 1): 569-76.

NASCIMENTO, D.R. **As Pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

NISHIMOTO et al. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. **Revista da Associação Médico- Brasileira**. n. 51.v.01. p. 54-60, 2005.

PEREIRA B.T.M.I. et al. Promoção da saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde** n. 1, v.24, 2000.

PRESTES-CARNEIRO et al. Rapid HIV diagnostic test in undocumented pregnant women applied at na teaching hospital. **Revista Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**. n. 51. v.5. p.273-276, 2009.

PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. **Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Portaria n 993, de 4/9/2000. Disponível em http://www.mj.gov.br/sedh/ct/CORDE/dpdh/dirhum/pndh_13_curto.asp. Acesso em: 10 set.2008.

REICHE EM. et al. Doença de Chagas congênita: epidemiologia, diagnóstico laboratorial, prognóstico e tratamento. **Jornal de Pediatria** n.72, p.125-132, 1996.

ROMANELLI RMC et al. **Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife 6(3), p. 329-334, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728p.

SANTOS et al. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v.5,n.2, 2002.

SESEDF. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. **Boletim** Epidemiológico de DST/Aids do Distrito Federal 2009.

Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 08 dez.2009.

SILVA, G. P. “**Como surgiu o vírus da aids?**”. Disponível em: <http://www.geocities.com/CollegePark/Residence/2326/textos.htm#aids1>. Acesso em: 05 mar.2008.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Boletim de saúde Fortaleza**. Fortaleza, v.12, n.1, janeiro-março, 2008. P. 32-35.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico de aids 2009**. Disponível em:

http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/novo_site/sala/index.php a revisão. Acesso em: 08 dez.2009.

SOUZA C.S. **Teste de HIV**. Disponível em: <http://www.soropositivo.org/noticias-do-ano-de-2009/5111-teste-de-hiv.html>. Acesso em: 08 dez.2009.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B. de et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinelas Parturientes, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, n.38, v.6, p. 764-772, 2004.

SPINOLA et al. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista Escola Enfermagem da USP**. n.40, v.3, p.381-8, 2006.

UNAIDS. Fatos e dados Globais. Disponível em: <http://www.unodc.org>. Acesso em 27 fev.2009.

_____. **Relatório UNAIDS 2008**. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/brazil/rel_UNAIDS_2008. Acesso em 27 fev.2009.

_____. **Relatório UNAIDS 2008**. Disponível em: <http://www.agencias.com.br>. Acesso em 27 fev.2009.

_____. **Relatório UNAIDS 2009**. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br>. Acesso em: 08 dez.2009.

_____. **Relatório UNAIDS 2009**. Disponível em: www.data.unaids.org/pub. Acesso em: 08 dez.2009.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira no ano 2006**. Disponível em: <http://www.unicef.org.br/>. Acesso em: 26 fev. 2008.

VALDÉS E. VIH-SIDA y embarazo: actualizacion y realidad en Chile. *Obstet Ginecol Rev Chil* 2002; 6: 160-66.

VAZ & BARROS. Gestantes Infectadas pelo HIV-Characterização e diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 9-17, 2002.

VITÓRIA, M. A. de A. Panorama atual da aids no Mundo e propostas atuais da OMS. **Jornal Brasileiro de aids**. São Paulo, vol. 8, n.3, p. 104-121, 2007.

WHO. UNAIDS. **AIDS epidemic update**. December, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em 10 mar.2008.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Roteiro para Coleta de Dados **GESTANTE HIV+**

1. Gestante/Parturiente _____

2. Nº da Ficha _____

3. Ano da Notificação _____

6. Data da Notificação ___/___/___

7. Data do Diagnóstico ___/___/___

8. Idade _____

9. Faixa Etária

1- < 20 , 2- 20 a 29 , 3- 30 a 39 , 4- >39 , 5- Ignorado

10. Escolaridade ()

0- Analfabeto

1-Ensino fundamental incompleto

2-Ensino fundamental completo

3-Ensino médio completo

4-Educação superior completa

5-Ignorado

11. Tempo Gestacional ()

1- 1º Trimestre

2 - 2º Trimestre

3- 3º Trimestre

5- Ignorado

12. Evidência laboratorial do HIV ()

1- Antes do pré-natal, 2- Durante o pré-natal, 3- Durante o parto,

4- Após o parto, 5- Ignorado

13. Fez/ Faz pré-natal ()

1- Sim, 2- Não, 5- Ignorado

14. Em uso de anti-retrovirais para profilaxia ()

1- Sim, 2- Não, 5- Ignorado

16. Tipo de parto ()

1- Vaginal, 2- Cesárea eletiva, 3- Cesárea de urgência, 5- Ignorado

17. Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto ()

1- Sim, 2- Não, 5- Ignorado

18. Evolução da gravidez ()

1- Nascido vivo, 2- Natimorto, 3- Aborto, 5- Ignorado

19. Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas) ()

1- Nas primeiras 24h do nascimento, 2- Após 24h do nascimento

4- Não realizado, 5- Ignorado

APÊNDICE II - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO
Epidemiologia da Infecção pelo HIV em gestantes no município de Fortaleza,
CE.

Autor: **Adriane Ferreira Bezerra** – Mestranda em Saúde Coletiva/
UNIFOR

Este projeto tem por intuito avaliar o perfil epidemiológico das gestantes com infecção pelo HIV, que realizaram o parto no município de Fortaleza, a partir das fichas de notificação da célula da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza. Os dados coletados serão utilizados apenas com a finalidade descrita neste estudo, assegurando-se o sigilo das informações e o anonimato das participantes. Este trabalho é o projeto de pesquisa de dissertação de mestrado da autora, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV no município de Fortaleza-CE.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa intitulado “Epidemiologia da Infecção pelo HIV em gestantes no município de Fortaleza-Ceará”, vem na melhor forma de autorizar a “Adriane Ferreira Bezerra” acessar ao arquivo de dados da célula da Vigilância Epidemiológica desta Instituição, sendo permitido a coleta de informações referentes ao “banco de dados” objeto deste estudo, e que se encontram sob sua total responsabilidade.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Fortaleza, __ de _____ de 2009.

Célula de Vigilância Epidemiológica
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

ANEXO

Anexo I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV +		Nº	
Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2	Agravado/doença GESTANTE HIV		3 Data da Notificação Código (CID10) Z 21	
	4	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Diagnóstico Código	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1- Branco 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17	18	Município de Residência	19 Distrito Código (IBGE)	
Dados de Residência	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...) Código	
	22	Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26	Ponto de Referência		27 CEP	
	28	(DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30	País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares do Caso					
Ant. epid. mãe/ HIV	31	Ocupação		32 Evidência laboratorial do HIV: 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto	
Pré-Natal					
Dados Pré-Natal	33	Fez/ Faz pré-natal 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		34 UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE)	
	36	Unidade de realização do pré-natal:		Código	
	37	Nº da Gestante no SISPRENATAL		38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
39	Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia				
Parto					
Dados Parto	40	41	Município do local do parto	Código (IBGE)	
	42	Local de realização do parto:		Código	
	43	Data do parto:		44 Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica	
	45	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		46 Evolução da gravidez: 1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica	
	47	Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função	Assinatura	
	Gestante HIV +		Sinan NET	SVS 17/07/2006	

