

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LÍGIA MARA DOLCE DE LEMOS**

**PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DA INFECÇÃO  
PELO HIV ENTRE PARTURIENTES EM SERGIPE: uso  
do teste de diagnóstico rápido**

**ARACAJU**

**2005**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**LÍGIA MARA DOLCE DE LEMOS**

**PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DA INFECÇÃO  
PELO HIV ENTRE PARTURIENTES EM SERGIPE: uso  
do teste de diagnóstico rápido**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

ARACAJU  
2005

# **LÍGIA MARA DOLCE DE LEMOS**

## **PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DA INFECÇÃO PELO HIV ENTRE PARTURIENTES EM SERGIPE: uso do teste de diagnóstico rápido**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em ciências da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel  
Universidade Federal de Sergipe

---

Profa.Dra. Ângela Maria da Silva  
Universidade Federal de Sergipe

---

Profa.Dra. Waleska Teixeira Caiaffa  
Universidade Federal de Minas Gerais

### **PARECER**

---

---

---

Dedico esta pesquisa a todas as mulheres que vivem com HIV e que possibilitaram a realização deste trabalho, constituindo sobretudo, a razão de sua existência e também às pessoas que de alguma forma se doam para minimizar esta epidemia sejam elas profissionais de saúde, amigos ou parentes.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido a saúde e a determinação necessárias para alcance dos meus objetivos;

Aos meus amados “bebês” Eduardo e Luana pelo carinho, paciência e compreensão- muitas vezes aparentemente silenciosa- durante minhas ausências;

À minha mãe, que sempre foi uma grande incentivadora de meus estudos, responsável por toda minha formação;

Ao meu pai (in memoriam), modelo de perseverança e força. Tenho certeza de que ele se orgulharia deste momento;

Aos meus irmãos Juninho, Laure (Ise) e Erlei, pelo fato de sempre acreditarem em mim, deram-me forças para perseverar.

Ao meu tio Dr Hernani Junior, que ao longo de minha vida, sempre estimulou a evolução nos estudos, e por seus comentários construtivos também neste trabalho.

A Juan, eterno companheiro, divido a autoria deste trabalho, por ter participado de todas as etapas ativamente e de ter me acolhido nas horas difíceis e decisivas de minha vida. Você faz parte dela. Obrigada pelo apoio incondicional.

Ao meu orientador e amigo Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel que foi o grande incentivador para o início desta jornada e em todas as etapas da pesquisa, principalmente nos momentos de dúvidas, utilizando franquezas oportunas, dividindo seu amplo conhecimento e me proporcionando crescimento científico. Obrigada por ter apostado na superação das dificuldades.

Aos meus colegas do mestrado pelas valiosas trocas científicas, tive a oportunidade de conhecer seres humanos maravilhosos, principalmente nos momentos de relaxamento na “sexta saúde”. Norminha, obrigada por tudo!

Aos meus colegas da Coordenação Estadual de DST/AIDS, Mônica (amiga de todas as horas), Marcelo (pelas várias consultas), Paulão, Meire (pela paciência na digitação do banco de dados), Zênia, Moniquinha, Cabeleira, Kátia, meu querido chefinho Almir Santana, agradeço o apoio, compreensão e companheirismo;

Aos gerentes, funcionários e estagiárias de enfermagem das maternidades onde foi desenvolvida a pesquisa, obrigada pela ajuda e empenho de vocês;

Ao Centro de Estudos em AIDS (CEARGS), pelos cursos e financiamento para projeto de pesquisa, o qual resultou em artigo científico e ao amigo Carlos, consultor estatístico, pelas suas grandes contribuições.

Aos professores da banca examinadora na qualificação Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ângela, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosana e a sempre presente Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Jésia, obrigada pela franqueza e compartilhamento de competência e conhecimento científico, e pelas consultorias em altas horas da noite.

À Professora Dr<sup>ª</sup> Waleska, que muito contribuiu na etapa final da dissertação, com valiosas sugestões e também com palavras de estímulo e encorajamento.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para conclusão deste trabalho acreditando e auxiliando de alguma forma.

**DEUS QUER,  
O HOMEM SONHA,  
A OBRA NASCE...**

*Outros haverão de ter  
O que houvermos de perder.  
Outros poderão achar  
O que, no nosso encontrar,*

**Fernando Pessoa**



## RESUMO

A epidemia da AIDS constitui um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo e vem passando por uma série de modificações em seu perfil epidemiológico. O aumento de casos por transmissão heterossexual fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres. Como consequência da feminização da epidemia, o número de parturientes portadoras do vírus HIV aumentou consideravelmente, criando risco potencial para ocorrência de transmissão vertical. Trata-se de uma pesquisa delineada em duas etapas: numa primeira etapa foi realizado um estudo transversal com o objetivo de identificar parturientes infectadas pelo vírus HIV através do teste rápido. Na segunda etapa foi desenvolvido um estudo de caso-controle para verificar a possível associação entre alguns fatores de risco e a infecção pelo HIV. Objetivou-se também verificar a factibilidade do teste rápido nas maternidades. Foram estudadas 9215 parturientes de três maternidades de Sergipe. Deste montante, 39 parturientes com testes rápido reagentes (casos) e 117 com testes rápido não reagentes (controles). Para cálculo de prevalência foi utilizada análise estatística descritiva e análise bivariada para comparação dos casos e controles. Esta foi considerada significativa quando o Odds Ratio=2,5, com respectivo intervalo de confiança de 95% e o qui-quadrado com nível de significância estatística  $p < 0,05$ . Verificou-se uma prevalência de 0,42% (39) entre as parturientes testadas sendo que 23 (59%) desconheciam a sua soropositividade. Duas parturientes que já conheciam sua condição sorológica, não a informaram no momento da admissão. Apesar de uma cobertura alta de realização de pré-natal, apenas 32,5% das parturientes abordadas referiram terem sido submetidas ao teste HIV neste período e mesmo assim, não documentada. No estudo caso-controle, foram encontradas diferenças estatísticas significativas quanto ao pré-natal, uso de drogas endovenosas, conhecimento sobre formas de transmissão do vírus da AIDS, sexo com parceiro HIV

positivo e por vantagem financeira e por último, confecção do teste HIV no pré-natal. Concluímos que é alta a prevalência de parturientes em Sergipe que desconhecem sua soropositividade para o HIV, e que na situação atual é necessária a triagem na assistência ao parto, para garantia de intervenções adequadas neste momento crucial da transmissão do vírus HIV. O teste rápido no momento da admissão mostrou-se de uso prático, viável para o ambiente proposto e com boa aceitação tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas parturientes. A população estudada revelou uma alta vulnerabilidade representada pelo comportamento sexual de risco, escolaridade e nível sócio-econômico baixos, revelando uma maior chance de se infectarem, o que pode ser mais bem enfrentado com campanhas criativas e direcionadas para este segmento populacional. Por fim, medidas de diferentes naturezas devem ser tomadas para que a casualidade não seja o único motivo ou o mais preponderante, para que um determinado indivíduo abandone o grupo dos controles para fazer parte dos casos.

Palavras-chave: infecções na gravidez, teste rápido para HIV, transmissão vertical, fatores de risco, comportamento sexual.

## ABSTRACT

AIDS epidemic has changed its epidemiologic profile and turned into one of the most important public health problem in the world. Heterossexual transmission brought with the increase of women infection including the pregnant ones, which have increased vertical transmission of HIV. This investigation was carried out in two different approaches: the first one refers to a cross sectional study to identify HIV infected woman during labor through the rapid test. The second one was a case control study to identify risk factors for HIV infection. We also intended to verify the utilization of the rapid test at these three maternities. We studied 9215 women in three maternities of Sergipe and selected 39 HIV infected women and 117 controls at the moment of the hospital admission for delivery. Descriptive statistics was used to calculate the prevalence and for the comparison between cases and controls was used bivariate analysis. Significance was established for Odds Ratio  $\geq 2,5$  and for chi-square test  $p < 0,05$ . The prevalence found was 4,2/1,000 delivery (39 cases). Twenty three of them didn't know their HIV carrier condition. Two of them that already knew about their seropositive condition and didn't tell hospital personal. Although antenatal care coverage was high, only 32,5% of the women referred have had done the HIV test during pregnancy. There were statistically significant differences between cases and controls in antenatal care, HIV testage during antenatal visits, knowledge about HIV transmission and trade sex for money. Only the cases referred to have had sex with known HIV positive partner and usage of drugs. We conclude that the prevalence of HIV in women at the moment of delivery is high and that most of this women didn't know their HIV condition. In this context is necessary to perform interventions to increase prevention of HIV vertical transmission. The Rapid test is easy to use, adequate for the proposed moment and well accepted by the population. The population studied have high risk for HIV infection what can be identified by their risky sexual behaviour, low

socioeconomical level and schooling. To face this situation creatives campaigns are necessary. Finally, it is necessary to include different actions to avoid eventualities to be the only or the most important reason for a person to leave the control group and be included among the cases.

Keywords: pregnancy, HIV rapid test, vertical transmission, risk factors.

## LISTA DE ABREVIATURAS

3TC – Lamivudina (medicamento anti-retroviral)

ACTG 076 – *AIDS Clinical Trial Group 076*

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ARV – Anti-retroviral

AZT – *Azidothymidine* (zidovudina)

CDC- *Centers for Disease Control and Prevention*

CN-DST e AIDS – Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

ELISA – *Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay*

EUA – Estados Unidos da América

FDA- *Food and Drug Administration*

GRID- *Gays Related Immuno Deficiency*

HAART- *Highly Active Antiretroviral Therapy*

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HIV-1 – *Human Immunodeficiency Virus Type 1*

HTLV- *AIDS Associated Retrovirus*

ITRNN – Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

LAV- *Lymphadenopathy Associated Virus*

MHFB- Maternidade Hildete Falcão Baptista

MJF- Maternidade João Firpo

MSJ- Maternidade São José

MS- Ministério da Saúde

ONU – Organização das nações Unidas

PACTG 076 – *Pediatric AIDS Clinical Trial Group 076*

RNA – *Ribonucleid acid* (ácido ribonucléico)

SAE- Serviço de Atendimento Especializado

SINAN – Sistema de Informações dos Agravos Notificáveis

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SI-CTA- Sistema de Informações- Centro de Testagem e aconselhamento

SIV- Vírus da Imunodeficiência Símia

SUS- Sistema Único de Saúde

SVS- Secretaria de Vigilância Sanitária

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR- Transcriptase Reversa

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV / AIDS*

WHO – *World Health Organization*

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição das parturientes segundo a faixa etária - janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe.....	68
TABELA 2 -	Distribuição da prevalência do teste rápido segundo maternidades. janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe.....	68
TABELA 3 -	Distribuição das parturientes segundo faixa etária e realização de pré-natal - janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe.....	69
TABELA 4 -	Frequência de realização do teste HIV no pré-natal - janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe.....	69
TABELA 5 -	Realização do teste rápido para HIV nas maternidades segundo faixa etária. jan 2003 a março de 2004- Sergipe.....	70
TABELA 6-	Teste rápido para HIV em parturientes nas maternidades segundo realização do pré-natal, Sergipe (2003-2004).....	70
TABELA 7 -	Características das parturientes quanto a idade, informações do pré-natal e testes para HIV, segundo maternidade de internamento em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004.....	71
TABELA 8 -	Fatores sócio-demográficos associados com a infecção pelo HIV em parturientes em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004... ..	73
TABELA 9 -	Fatores comportamentais em parturientes HIV reagentes (casos) e não reagentes (controles) em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004, expressos utilizando o Odds Ratio.....	75
TABELA 10	Fatores comportamentais em parturientes HIV reagentes (casos) e não reagentes (controles) em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004, expressos utilizando o valor do p e $\chi^2$ .....	76
TABELA 11	Característica da atenção pré-natal de parturientes reagentes (casos) e não reagentes (controles) para HIV em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004.....	77

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	16
1.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS	16
1.1.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no mundo	16
1.1.2 AIDS no Brasil	19
1.1.3 AIDS em Sergipe	24
1.2 HISTÓRICO DA AIDS	26
1.2.1- Primeira fase- 1980 a 1986	27
1.2.2- Segunda fase- 1987 a 1991	29
1.2.3- Terceira fase- 1992 até os dias atuais	30
<i>1.3 EPIDEMIOLOGIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV</i>	31
1.3.1 Fatores associados à transmissão vertical do HIV	32
<i>1.4 HISTÓRICO DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL</i>	33
<i>1.5 RECOMENDAÇÕES PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV</i>	37
1.5.1 Testagem em gestantes	38
1.5.2 Quimioprofilaxia	39
1.5.3 Operação cesariana eletiva	40
1.5.4 Leite artificial	41
<i>1.6 IMPLEMENTAÇÕES E IMPACTO DAS INTERVENÇÕES PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL</i>	41
<i>1.7- OPORTUNIDADES PERDIDAS DE PREVENÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE</i>	42
<i>1.8 EVOLUÇÃO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA HIV</i>	44
1.8.1 Testes sorológicos	44
1.8.2 Teste imunocromatográfico para HIV	48
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	51
<b>3 OBJETIVOS</b>	52
<b>4 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b>	53
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	53
4.2 LOCAL DO ESTUDO	53
4.3 CRITÉRIO DE SELEÇÃO DAS MATERNIDADES	53
4.4 POPULAÇÃO ESTUDADA	54
4.5 TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS	54
4.6 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA	55
4.7 SISTEMÁTICA DA COLETA	56
4.7.1 Ambiente	56
4.7.2 Registro	56
4.7.3 Critérios de inclusão	58
4.8 FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DA GESTANTE	59
4.9 O TESTE	59
4.9.1 Princípios do teste	60
4.9.2 Interpretação dos resultados	61
4.9.3 Armazenagem	63
4.9.4 Materiais necessários pra realização do teste	63
4.9.5 Entrega do resultado do teste	63
4.10 INTERVENÇÃO COM OS CASOS	64
4.11 INSUMOS	64
4.12 CONFECÇÃO DO BANCO DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS	65
4.13 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	65



<b>5 RESULTADOS</b> .....	66
5.1 <i>ESTUDO DE PREVALÊNCIA</i> .....	66
5.2 <i>ESTUDO CASO-CONTROLE</i> .....	72
5.2.1 Fatores sócio-demográficos .....	72
5.2.2 Avaliação dos fatores comportamentais .....	73
5.2.3 Informações do pré-natal .....	77
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	78
6.1- <i>ESTUDO DE PREVALÊNCIA</i> .....	78
6.2 <i>ESTUDO DE CASO-CONTROLE</i> .....	84
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	92
<b>9 SUGESTÕES</b> .....	93
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	94
APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido .....	102
APÊNDICE B- Registro utilizado para coleta de dados do estudo de prevalência.....	103
APÊNDICE C- Registro utilizado para coleta de dados do estudo caso-controle .....	104
ANEXO A- Recomendações sobre via de parto do protocolo ACTG A76 .....	109
ANEXO C- Recomendações sobre quimioprofilaxia segundo protocolo ACTG 076 .....	111
ANEXO D- Declaração do comitê de ética aprovando o projeto de pesquisa .....	112
ANEXO E- Ficha de notificação de AIDS para maiores de 13 anos .....	113
ANEXO F- Ficha de notificação de gestante soropositiva e criança exposta .....	114
ANEXO G- Ficha de atendimento do Centro de testagem e aconselhamento (CTA) do SI-CTA.....	117

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS**

### **1.1.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no mundo**

A propagação mundial da AIDS em 2003 foi a maior registrada na história, com 4,8 milhões de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O total de contaminados em todo o planeta atinge 37,8 milhões, dos quais 66% estão na África subsaariana. A metade dos 4,8 milhões de casos novos é de jovens na faixa de 15 a 24 anos. Entre os infectados de todas as faixas etárias, as mulheres representam quase 50% dos novos casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Nos últimos 20 anos, a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) vem passando por uma série de modificações no seu perfil epidemiológico, representando um dos problemas de saúde pública de maior importância em todo o mundo. Em duas décadas transformou-se em uma pandemia, sendo responsável pela morte de mais de 20 milhões de indivíduos no planeta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV e AIDS (UNAIDS) havia estimado que até dezembro de 2002, aproximadamente, 42 milhões de pessoas estariam infectadas com o vírus no mundo inteiro, e destes 38,6 milhões seriam adultos, com 19,2 milhões mulheres e 3,2 milhões crianças menores de 15 anos de idade. A África subsaariana representa a área com a situação mais grave, apresentando 29,4 milhões (70,0%) dos casos de AIDS do mundo. Na região, 9% dos adultos na faixa etária de 15 a 49 anos estão infectados. A epidemia está sendo disseminada principalmente através de relações heterossexuais sem o uso do preservativo (UNITED NATIONS JOINT PROGRAM ON HIV/AIDS, 2003).

No sul da África, existe uma série de fatores sociais que têm influência contínua na epidemia da AIDS que incluem epidemias de outras doenças sexualmente transmissíveis, resistência ao uso do preservativo, normas sócio-culturais, disseminação rápida do vírus em novas comunidades, baixo status da mulher na sociedade, número alto de óbitos em pessoas em idade produtiva, influenciando a economia de vários países (GILBERT; WALKER, 2002).

No Zimbábue, a taxa de infecção passou de um quarto para um terço dos adultos. Este país foi o que alcançou as maiores taxas de HIV em todo mundo. Em 2001, apenas 4% das mulheres infectadas pelo HIV e seus bebês tiveram acesso ao serviço de prevenção para transmissão vertical. Um plano piloto realizado neste país como implementação do primeiro programa de prevenção para transmissão materno-infantil de zona rural, testou 2298 mulheres grávidas soropositivas para HIV, encontrando baixo índice (24%) de pacientes que receberam profilaxia, necessitando de maiores investimentos nesta área (PEREZ et al, 2004).

Em Botsuana, país mais atingido pela epidemia, a infecção passou de 36 para 39% dos adultos, no mesmo período. Em função da AIDS, a expectativa de vida caiu, pela primeira vez desde 1950, para menos de 40 anos nos quatro países mais afetados pela epidemia que são: Botsuana, Malawi, Moçambique e Swazilândia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Das cinco milhões de novas infecções estimadas para o ano de 2002 em todo o mundo, estima-se que os africanos deverão representar mais de 3,5 milhões dos casos. Além disso, do total esperado de 3,1 milhões de mortes por AIDS, mais de 2,4 milhões deverão acontecer naquele continente. Outras regiões como o leste e o sul da Ásia, a Índia e a China, também têm sido alvo de uma preocupação especial; mais de um milhão de pessoas foram diagnosticadas como infectadas pelo HIV, possivelmente representando uma subestimativa da

realidade tendo em vista a dificuldade de se realizarem levantamentos dessa natureza nos dois países mais populosos do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A estabilização do número de pessoas vivendo com HIV no sul da África, está relacionada ao aumento de mortes e não à redução de novos casos. A AIDS é a principal causa de morte na África subsaariana, e a quarta causa no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Os gastos globais no combate à doença aumentaram de US\$ 300 milhões, em 1996 para US\$ 5 bilhões, no ano de 2003. Mas isso não representa nem metade dos 12 bilhões de dólares necessários para enfrentar a epidemia nos países em desenvolvimento. Hoje, só 20% da população mundial infectada tem acesso à prevenção e 10%, a medicamentos específicos. Para combater a AIDS, a África necessitaria de três bilhões de dólares, pois tem em suas terras 70% dos adultos infectados no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

De acordo com estudos realizados no continente africano, 55% dos adultos infectados pelo HIV são mulheres (DABIS; EKPINI, 2002). Entretanto, em alguns desses países, principalmente os localizados na África subsaariana, 6,0 a 11,0% das mulheres com idades entre 15 e 24 anos estão infectadas com o HIV, em comparação com percentuais de 3,0 a 6,0% na população masculina com a mesma idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Vale ressaltar que a proporção de novas infecções pelo HIV no sexo feminino está aumentando no sudoeste da Ásia, como também em muitos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Na medida em que nascem mais crianças infectadas com HIV nos países mais afetados, as taxas de mortalidade infantil também aumentam. Calcula-se que nas Bahamas 60% das mortes em crianças menores de cinco anos são devidas a AIDS, enquanto no Zimbábwe essa cifra é de 70% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; PEREZ et al, 2004).

Estes números assustadores não são os únicos. Estimativas indicam que em 2010, de 12 a 25% de todas as crianças em doze países na África serão órfãos da AIDS, continente que abriga estatísticas na ordem de uma pessoa soropositiva para cada cinco habitantes (SEPKOWITZ, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002)

Na assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) realizada em junho de 2001, foi proposto um acordo de combate à AIDS no mundo. Entre as propostas do acordo, existe a que prevê para 2005 uma redução de 25% da incidência da doença nos países mais afetados. A ONU também está procurando buscar fundos que tornem possíveis as metas de redução da AIDS no mundo, estimados em US\$ 7 a 10 bilhões.

Ainda assim, a UNAIDS registra progressos na luta contra a doença. Em Uganda, Zâmbia e Tanzânia houve uma diminuição do número de novas infecções. No Camboja, um dos países mais pobres no mundo, obteve sucesso em suas ações de prevenção e assistência, alcançando reduções no número de infecções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Gottlieb (2001) em seu artigo sobre passado e futuro da AIDS na África sustenta a opinião de que se deve investir em campanhas de prevenção mais agressivas especialmente entre usuários de drogas endovenosas, homossexuais, Hispânicos e comunidades negras além de acesso a serviços de saúde e medicações para pessoas infectadas pelo HIV.

### **1.1.2 AIDS no Brasil**

Desde o início da década de 80 até junho de 2004, o número de casos de AIDS no Brasil atingiu a cifra de 362.364 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2004). A partir de dados da vigilância sorológica em populações sentinela e de estudos sorológicos e/ou comportamentais de base populacional, estima-se existirem aproximadamente 600 mil pessoas entre 15 e 49 anos vivendo com o HIV com coeficiente de prevalência de 0,65%. A

taxa de incidência é de 12,8 por 100 mil habitantes, com 69% dos municípios afetados por casos de AIDS. A sobrevivência dos pacientes com AIDS é de aproximadamente 58 meses. Com esta doença houve uma redução de 3 meses na expectativa de vida dos brasileiros (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2002).

Os últimos dados apontam para uma redução da epidemia de 26%. O número de casos novos anuais notificados caiu de 30 mil em 1988 para 22 mil em 2003. A desaceleração da epidemia, no entanto, não está ocorrendo com a mesma frequência em algumas regiões brasileiras, a exemplo da região Sul, que em 2001 ultrapassou o sudeste quanto ao número de casos novos (BRASIL, 2003<sub>b</sub>).

As análises realizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS mostram que a epidemia está em processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo atingido em 2003 18,8 casos por 100 mil habitantes. Esta estabilização é observada somente em homens, pois em mulheres o crescimento ainda é evidente, sendo a taxa de incidência observada em 2003 de 14,0 casos por 100 mil habitantes, maior que nos anos anteriores. A razão entre sexo é de 1,5 homens para cada mulher (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2004).

A taxa de mortalidade no país vem mostrando uma tendência de estabilização desde 1999, com média de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes nos últimos três anos. Esta tendência começou a apresentar uma queda significativa a partir de 1996, quando o governo brasileiro introduziu a política de distribuição de medicamentos anti-retrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A queda de mortalidade é duas vezes maior entre homens do que entre as mulheres. Entre elas, a mortalidade caiu apenas no Sudeste e Centro-Oeste. No Sul, Norte e Nordeste a mortalidade entre as mulheres continua aumentando. A região mais preocupante é o Norte, onde o aumento foi de 45,2% (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2004<sub>b</sub>).

A infecção pelo HIV foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982, com o diagnóstico retrospectivo de um caso de AIDS em São Paulo no ano de 1980. Entretanto,

considerando-se o seu longo período de incubação, pode-se deduzir que a circulação do vírus no país ocorreu já na década de 70 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1999).

Além do impacto nos indicadores de morbi-mortalidade em todo o mundo, essa epidemia vem sendo responsável por mudanças significativas em campos que extrapolam a área da saúde, principalmente por estar relacionada ao comportamento sexual. O desafio de combater essa doença fez com que diferentes áreas do conhecimento tais como economia, antropologia, política, direitos humanos, entre outras e não só as ciências biomédicas se articulassem para estudá-la (GALVÃO, 2000).

Entretanto, apesar da grande magnitude como problema de saúde pública, o processo de disseminação do HIV na população humana não se dá da mesma forma nas diferentes regiões geográficas, assumindo um caráter específico em diferentes populações, nas suas mais diversas formas de transmissão (sexual, sanguínea e vertical), o que gera a necessidade de análises mais precisas e profundas (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2002).

### ***Feminização da Epidemia***

O progressivo aumento nos casos de AIDS entre mulheres em todas as regiões brasileiras, através de relações heterossexuais, vem recebendo atenção especial nas ações de prevenção e controle da infecção, isto porque grande parte das mulheres infectadas pelo HIV está em idade reprodutiva. Uma consequência direta da ampliação da participação feminina na epidemia da AIDS é o progressivo aumento da transmissão vertical do vírus, durante a gestação, no momento do parto e/ou no aleitamento (SZWARCOWALD et al, 2000).

O primeiro caso de AIDS em mulheres brasileiras foi diagnosticado em 1983. Até março de 2003, foram notificados ao Ministério da Saúde, 89.527 casos de AIDS no sexo feminino e esse aumento caracterizou-se como uma das principais tendências da epidemia no país. Ainda, segundo o Ministério da Saúde, o número de mulheres infectadas pelo HIV aumentou gradativamente entre 1990 e 2001. Essa mudança do perfil epidemiológico traduz o aumento

da participação feminina no número total de casos de AIDS. Apesar desse incremento do número de casos em mulheres, a velocidade de crescimento entre os homens continua sendo maior se comparada às mulheres (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2003).

Além da maior vulnerabilidade biológica feminina à infecção pelo HIV, a mudança do rumo da infecção com aumento entre homens heterossexuais e as claras desigualdades na distribuição de poder entre os gêneros, que podem dificultar a negociação do uso de preservativos por parte das mulheres, justificam a crescente participação do sexo feminino na epidemia. (DUARTE; GONÇALVES, 2001; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2002; PAIVA et al, 2002).

No início dos anos 90, a freqüência de casos de AIDS entre mulheres cresceu consideravelmente quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio. A faixa etária que concentra os maiores percentuais de casos de AIDS em mulheres é a de 25 a 34 anos, levando ao aumento da transmissão vertical, pois estão em plena idade reprodutiva. Atualmente a quase totalidade de casos de AIDS em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV (SZWARCOWALD et al, 2000).

Estima-se que no Brasil a prevalência da infecção pelo HIV entre parturientes é de 0,47%, segundo dados de estudos sentinela de 2000, que colheu 15426 amostras de sangue desta categoria de pacientes, atendidas em estabelecimentos de saúde localizados em municípios de pequeno, médio e grande porte, em todas as regiões geográficas, sendo desta forma bastante representativa, tendo em vista o desconhecimento do número de gestantes infectadas no Brasil (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).



### *Epidemiologia da AIDS na Criança*

O primeiro caso de AIDS infantil foi reportado ao Centro de Controle de Doenças (CDC) em 1982, um ano após a descrição inicial de uma nova doença em adultos. De forma análoga, o que era observado nos adultos infectados pelo HIV, aquelas crianças apresentavam alterações no sistema imunológico, acarretando uma maior predisposição a infecções.

Entre as crianças, o risco de adquirir HIV é inversamente proporcional ao estágio de desenvolvimento de seus países. Nos Estados Unidos, o número de crianças que nascem com este vírus está desaparecendo, mas continua crescendo em outros países menos desenvolvidos (STEINBROOK, 2002).

De acordo com a UNAIDS, em todo o mundo, 800 mil crianças estão infectadas pelo HIV, e aproximadamente 600 mil menores de 15 anos já morreram por causa da AIDS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O primeiro caso de AIDS em menores de 13 anos no Brasil ocorreu em 1983 pela categoria de exposição sanguínea, no mesmo ano em que se registraram dois casos de AIDS em mulheres. Em 1985, registrou-se o primeiro caso de transmissão perinatal e ao final de 1997 esta categoria de transmissão já era responsável por 90,1% das infecções em menores de 13 anos, declinando a transmissão sanguínea para 1,7% nesta faixa etária (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1997). Esta significativa queda na transmissão do HIV a partir de transfusões sanguíneas decorreu em grande parte da adoção de medidas de controle e aumento na qualidade da assistência nos bancos de sangue (VERMELHO et al, 1999).

Quanto à distribuição geográfica, há desde o início da epidemia um predomínio na região Sudeste. Ao longo da década de 90 foi se expandindo para a região Sul e em menores proporções para as demais regiões. Estudo realizado por Vermelho et al (1999) sobre análise da idade da criança no momento do diagnóstico, encontrou variações significativas para os

diferenciais de idade por região, sendo a idade do diagnóstico mais tardio nas regiões Norte e Nordeste. Uma das conclusões para estas diferenças pode estar ligada tanto ao desempenho insuficiente da rede de serviços de saúde nessas regiões para detectar, diagnosticar e notificar casos de AIDS em crianças quanto à maior prevalência de outras doenças infantis, mascarando e retardando o diagnóstico.

Um fator marcante na epidemia de AIDS entre crianças foi a redução observada no número de casos a partir da instituição do protocolo ACTG O76. No ano de 1997 haviam sido registrados 1031 casos no Brasil, diminuindo para 193 no ano de 2003 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2003)

Atualmente, os casos pediátricos de AIDS, em menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição, somam 10.917 no período de 1983 a junho de 2004, equivalente a 3% do total geral de casos do País. Desses 9.122 (83,6%) são perinatais, 541 (5%) decorreram de exposição sanguínea e 118 (1,3%) de exposição sexual (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2004).

### **1.1.3 AIDS em Sergipe**

O primeiro caso de AIDS em Sergipe foi diagnosticado em 1987. Tratava-se de um homossexual do sexo masculino com residência em São Paulo. Até 1992 o número de portadores de HIV era maior entre homossexuais e bissexuais. Com o aparecimento de casos em homens heterossexuais e mulheres, a razão entre sexos modificou, estando atualmente em dois casos de homens para cada mulher (2:1) (SERGIPE, 2004).

O primeiro caso do sexo feminino foi diagnosticado em 1990 e na categoria de exposição perinatal o primeiro relato ocorreu em 1993. Até 1989 todos os casos de AIDS eram procedentes de outros estados. A grande maioria dos casos diagnosticados neste Estado

é do sexo masculino, correspondendo a 71,4% do total; a faixa etária mais prevalente é a de 20 a 49 anos, perfazendo 87,6% dos casos. Das categorias de exposição, as drogas estavam presentes em 6,3% dos entrevistados e a categoria perinatal em 2,3%. O município que concentra o maior número de casos de AIDS é Aracaju, com 47,2% do total, sendo seguido por Nossa Senhora do Socorro com 7,9% dos casos (SERGIPE, 2004).

Os dados que norteiam a epidemia deste Estado seguem a tendência nacional no que diz respeito à interiorização, feminização e pauperização, apontando para juvenilização.

A taxa de mortalidade por AIDS está em torno de 1,6%, a prevalência na população geral é de 0,7% e a incidência do HIV é de 8,9% ao ano. Até setembro de 2004 foram notificados à Secretaria Estadual de Saúde 1117 casos de AIDS, 70% deles eram do sexo masculino, predominando a via de transmissão sexual, principalmente a heterossexual tanto em homens quanto em mulheres. Após trabalho realizado pelo Ministério da Saúde, resgatando casos de AIDS em adultos através do Sistema de Informações de Controle de exames Laboratoriais, espera-se que o número de casos em Sergipe aumente para 1340 (SERGIPE, 2004).

Até o ano de 2000, estimativas do Ministério da Saúde apontavam para uma baixa captação de gestantes HIV reagentes, com percentuais em torno de 2%. Medidas de várias naturezas, como campanhas nacionais e estaduais, capacitações de profissionais da rede pública, melhoria do acesso, agilização do resultado e até mesmo uma Portaria Municipal obrigando os profissionais de saúde a oferecer a sorologia anti-HIV no pré-natal (ARACAJU, 2002), transformaram paulatinamente esta realidade, melhorando a captação dessas pacientes principalmente na capital.

Em algumas regiões do Estado, a dificuldade de acesso e o atraso na entrega de resultados - a realização dos exames é centralizada no Laboratório Central de Sergipe (LACEN-SE) - ainda são obstáculos importantes e contribuem para a subnotificação.

## 1.2 HISTÓRICO DA AIDS

Há 24 anos médicos americanos perceberam que oito jovens homossexuais de Nova York apresentaram sintomas de um tipo de câncer de pele (o sarcoma de Kaposi) e outros cinco, oriundos do centro médico da Universidade de Los Angeles, foram diagnosticados com um raro tipo de pneumonia. Paralelamente em São Francisco-EUA, o Centro de Controle de Doenças (CDC) recebeu informações sobre um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais que freqüentavam saunas e casas de massagem apresentavam os mesmos sintomas.

Chamava a atenção dos relatores o fato de que este microorganismo não acometia pessoas com sistema imunológico intacto, e, somente em casos esporádicos, crianças com desnutrição severa (GOTTLIEB, 2001). O comprometimento do sistema imune os levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (VERONESI et al, 1999).

Posteriormente, alguns relatos ocorridos nos últimos anos da década de 70, foram identificados como sendo AIDS. Um deles foi citado pelo primeiro jornalista a cobrir as investigações iniciais sobre esta doença (SHILTS, 1987), no livro *The Band Played On*, onde relatava que no dia 12 de dezembro de 1977, morria aos 47 anos, a médica e pesquisadora dinamarquesa, Margrethe P. Rask. Ela havia estado na África, estudando sobre o Ebola e começara a apresentar sintomatologias de causas indeterminadas. A autópsia revelou que os pulmões estavam repletos de microorganismos, que ocasionaram um tipo de pneumonia que veio a asfíxiá-la. Historicamente, talvez esse seja o primeiro caso descrito de morte por decorrência da AIDS, ou o de um homem que morreu em Kinshasa, no Congo, que teve o diagnóstico feito a partir da amostra de sangue estocado (PIOT et al, 1994).

As conclusões concretas sobre a história da infecção pelo HIV na África não podem ser deduzidas das evidências disponíveis. Entretanto, a informação existente é compatível com

estudos sorológicos retrospectivos feitos com sangue armazenado, mostrando que as infecções pelo HIV começaram a se espalhar nas grandes cidades da África central no fim dos anos 70 ou no início dos anos 80, quando a AIDS era reconhecida como um problema, mesmo antes de um diagnóstico específico estar disponível. Alguns cientistas, observando a árvore genealógica do HIV e calculando seu grau de mutação, acreditam que o surgimento do vírus aconteceu no fim da década de 20 e começo dos anos 30 quando um indivíduo humano teria sido mordido por um chimpanzé infectado com o vírus da Imunodeficiência Símia (SIV), que destrói células de imunidade dos macacos e deixa os animais sensíveis às doenças (PIOT et al, 1994).

No período de pouco mais de 20 anos, a pandemia de AIDS pôde mostrar com clareza as diferenças temporais, que podem ser classificadas através de três fases.

### **1.2.1- Primeira fase- 1980 a 1986**

Ao final de 1979 e início de 1980, homossexuais nos EUA e heterossexuais na Tanzânia começam a apresentar sintomas da AIDS, ou seja, seu sistema imunológico não reagem contra infecções e outras doenças, entre elas, o Sarcoma de Kaposi e a pneumonia causada pelo *Pneumocystis carinii*. A doença era chamada de câncer “gay” e depois passa a ser denominada *Gays Related Imuno Defcience* (GRID), imunodeficiência relacionada aos gays (PIOT et al, 1994).

De 1981 a 1983, cientistas e pesquisadores começam a reconhecer que surge uma doença nova que destrói o sistema imunológico, evitando que seus portadores consigam combater infecções simples. A doença também ataca usuários de drogas injetáveis e pessoas que haviam feito transfusão de sangue. O Centro de Controle de Doenças (CDC) publica seu

primeiro artigo sobre cinco homossexuais com um tipo raro de pneumonia. Foi o início oficial da doença no mundo.

No Brasil a divulgação oficial ocorreu em 1982 em um caso diagnosticado pela dermatologista Valéria Petri da Escola Paulista de Medicina. O paciente, rapaz de 17 anos, homossexual, artista plástico, que tinha vivido muitos anos em Nova York, queixava-se de um nódulo cor de violeta no pé. Após reunião com outros especialistas, foi diagnosticado *Sarcoma de kaposi* (CHERÉ, 2002).

Em 1983 uma equipe do Instituto Pasteur de Paris, liderada por Luc Montagnier, isola o vírus da AIDS. Simultaneamente, o americano Robert Gallo faz o mesmo. Os franceses chamam este vírus de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*) e os americanos de HTLV-III (*AIDS Associated Retrovirus*). A disputa da descoberta entre Gallo e Montagnier só terminaria em 1992 com acordo definitivo sobre o crédito da descoberta do vírus (SANTOS, V.L.; SANTOS, C.E., 1999).

Descobre-se que esta doença também pode ser transmitida na relação heterossexual, no entanto os homossexuais, usuários de drogas e outros grupos considerados de risco são impedidos de doar sangue. A força da comunidade homossexual, as mortes prematuras de algumas celebridades e o crescente medo entre heterossexuais dão maior visibilidade à doença e a transformam em assunto político (SANTOS, V.L.; SANTOS, C.E., 1999).

Pesquisas subseqüentes revelaram que a doença era causada por um retrovírus, denominado vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV). Somente em 24 de dezembro de 1982, o termo AIDS foi utilizado pela primeira vez, e em março de 1985 foi aprovado o teste comercial para detecção do vírus HIV (SEPKOWITZ, 2001).

### 1.2.2- Segunda fase- 1987 a 1991

Uma vez determinados os comportamentos de risco para aquisição da doença e seu agente etiológico, todos os esforços dirigiram-se ao manuseio das complicações decorrentes da mesma e ao combate ao vírus propriamente dito. Em 1987, órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos (Food and Drug Administration - FDA) aprova o uso da Zidovudina (AZT) em seres humanos, anti-retroviral a ser introduzido no mercado. Em 1990 surgiu a terapia anti-retroviral combinada que mudou drasticamente o curso da doença: de condição fatal pra uma afecção crônica estável (SEPKOWITZ, 2001; STEINBROOK, 2001).

Como a terapia anti-retroviral combinada era muito dispendiosa, após o Congresso Internacional de AIDS em Vancouver, Canadá no ano de 1996, onde ocorreu manifestação dos brasileiros para diminuição do custo, os brasileiros importaram o remédio. Nesta fase já são feitos os primeiros testes da vacina. Fora do campo científico, falou-se também que a doença era uma punição aos homossexuais masculinos e usuários de drogas (BRASIL, 2003<sub>b</sub>).

Nesta fase, já se iniciou o processo de pauperização e interiorização da epidemia, haja vista, o número crescente de pessoas com baixa escolaridade e residentes de pequenos centros urbanos que estavam se infectando. Os Estados Unidos iniciaram campanha estimulando o uso do preservativo através de mídia impressa e eletrônica. Cientistas descobrem um segundo tipo de vírus (HIV-2), também capaz de transmitir a infecção (SZWARCOWALD et al, 2000).

Em 1987 foi publicado o livro “*The Band Played On*” de Randy Shilts, considerado até hoje a melhor crônica sobre o desenvolvimento da doença.

### 1.2.3- Terceira fase- 1992 até os dias atuais

Após a identificação do retrovírus, começaram as pesquisas à procura de drogas que atuassem na Transcriptase Reversa (TR), enzima necessária para transcrever o ácido ribonucléico (RNA) viral em ácido desoxirribonucléico (DNA). Neste período, a terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART) se tornou disponível e alterou a história natural da doença. Apesar da progressão da epidemia, essa terapia aumentou a sobrevivência e melhorou a qualidade de vida dos portadores do HIV, sendo apresentados estes resultados em 1996 na 11ª Conferência Internacional de AIDS em Vancouver, no Canadá (BRASIL, 2003b). Um grande aumento de casos por exposição heterossexual passou a ser observado, assumindo cada vez mais a importância do aumento dos casos do sexo feminino. Atualmente representa a principal subcategoria de exposição, pois em 1981 representava 21% e em 1996 passou para 55% (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2002).

Inicia-se uma negociação do Governo Federal através do Programa Nacional de DST/AIDS com o Banco Mundial, a fim de desenvolver um projeto para a prevenção e controle da AIDS. O Programa Nacional de DST/AIDS passou a ser o principal financiador dos projetos desenvolvidos em todo país. No tocante às abordagens preventivas, esse período apresenta três formas de trabalho: campanhas de redução de danos, campanhas que induzem ao uso do preservativo e campanhas que buscam, através da escolha pessoal e da responsabilidade social, a prevenção da AIDS (BRASIL, 2003b).

Várias atitudes discriminatórias marcaram as três décadas da epidemia. Histórias de exclusões, abandonos de crianças, ruptura de casais, demissões e tantas outras representativas de preconceito, ignorância e medo colocaram a sociedade em efervescência, estimulando a reflexão sobre temas que extrapolam o âmbito da saúde, invadindo princípios éticos, antropológicos, religiosos e comportamentais.



### ***1.3 EPIDEMIOLOGIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV***

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer em três períodos distintos: durante a gestação, no parto e amamentação, com percentuais de transmissão que variam de acordo com o estudo analisado, que vão de 50% a 70% para o período próximo ao parto e parto (EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1992; MAYAUX et al., 1997; NEWELL et al, 1997), e o restante ocorreria nos outros períodos da gravidez, principalmente durante as últimas semanas de gestação (ROUZIUX et al., 1995; BERTOLLI et al., 1996; MOFFENSON, 1997; KALISH et al., 1997; MOCK et al, 1999; DUARTE; GONÇALVES, 2001).

Um dos avanços mais significativos da era HIV/AIDS foi a drástica redução da transmissão vertical. A partir de 1994, esta categoria de transmissão diminuiu sensivelmente e atualmente é possível alcançar índices de transmissão baixos como 1,0 a 2,0%, quando comparados aos 25,0 a 30,0% na década passada (LINDGREN et al., 1999).

A transmissão vertical do HIV, sem o uso do AZT como preconizado, situa-se em torno de 25,5% (CONNOR et al., 1994), variando entre 15,0% e 40,0% em diferentes partes do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). No entanto com o uso da zidovudina no período gestacional, trabalho de parto e para o recém nascido nos primeiros dias de vida, estes percentuais decrescem para 8,3%, correspondendo a uma redução no risco de transmissão vertical do HIV de 67,5%(CONNOR et al., 1994).

Nos Estados Unidos, aproximadamente 15,0 a 30,0% das mães infectadas pelo HIV transmitiam o vírus ao seu concepto; na Europa estes percentuais ficavam em torno de 13,0 a 15,0% enquanto na África oscilava entre 25,0 a 40,0% (NEWELL et al, 1997; VELOSO et al, 1999). Na Tailândia foi identificado um percentual de transmissão vertical do HIV de 18,0% nas crianças que não foram amamentadas (TESS et al., 1998).

Mock et al. (1999) demonstraram em seu estudo que a evidência da carga viral na gestante é um fator decisivo para as estratégias na redução da transmissão vertical do HIV intra-útero e intraparto.

Dois estudos de coorte no Brasil em gestantes infectadas pelo HIV, um em São Paulo e outro no Rio de Janeiro, mostraram percentuais de transmissão de 16,0% e 39,8%, respectivamente. Em ambos os estudos, a transmissão foi alta devido à doença avançada das mães e pelo fato das crianças terem sido amamentadas (RUBINI et al., 1996; TESS et al., 1998).

### **1.3.1 Fatores associados à transmissão vertical do HIV**

Uma série de fatores como: carga viral plasmática materna, genótipo e fenótipo viral, fatores obstétricos, como duração da ruptura das membranas amnióticas, duração do trabalho de parto, via de parto e presença de hemorragia durante o mesmo; fatores inerentes ao recém-nascido, como prematuridade e baixo peso ao nascer e por fim, fatores pós-natais relacionados ao processo de aleitamento materno estão associados à maior transmissão do HIV da mãe para o filho (DUARTE; GONÇALVES, 2001). Dentre esses fatores, aqueles mais implicados são: carga viral elevada da mãe e ruptura prolongada das membranas amnióticas (ST LOUIS et al., 1993; EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1994; MINKOFF et al., 1995; BURCHETT et al., 1996; BURTON GJ et al., 1996; MANDELBROT et al., 1996; SPERLING et al., 1996; COLL et al., 1997; MAYAUX MJ et al., 1997; THEA et al., 1997; O'SHEA S et al., 1998; GARCIA et al., 1999; SHAFFER et al., 1999).

Fatores que favorecem a transmissão do vírus HIV para a mulher envolvem o estado clínico e imunológico da mãe durante a gravidez, incluindo presença de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e co-infecções, além do seu estado nutricional; fatores

comportamentais, como uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros (DUARTE; GONÇALVES, 2001).

#### ***1.4 HISTÓRICO DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL***

Apesar da AIDS ainda não ser uma doença curável, desde a disponibilização dos inibidores de protease na metade da década de 90, vem se observando um aumento da expectativa e da qualidade de vida das pessoas infectadas com o HIV e naquelas com AIDS já manifesta. Desde a introdução da Zidovudina (AZT) como alternativa terapêutica, os olhares se voltaram para a possibilidade de se estruturar uma terapia anti-retroviral eficaz e efetiva para o controle da infecção pelo HIV (BUCHALLA, 2002).

Desta forma, o uso da terapia anti-retroviral combinada, tornou-se regra comum para o tratamento geral de pessoas infectadas com o HIV divulgadas no Brasil como diretrizes, recomendações e consensos para a terapia anti-retroviral, conforme documento de consenso, “Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV”, “Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes” e “Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças” revisados periodicamente pela Coordenação Nacional de DST/AIDS e disponibilizados no site [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

Além disto, está amplamente comprovado que o uso de terapia anti-retroviral combinada é capaz de reduzir significativamente a carga viral plasmática do HIV para níveis indetectáveis, o que potencialmente tem um impacto importante na transmissão vertical do HIV (THEA et al., 1997; KIND et al., 1998; MANDELBROT et al., 1998).

No início da década de 90, a não amamentação era a única intervenção disponível para reduzir a transmissão perinatal. A partir daí, com a comprovação da eficácia nas diversas intervenções com os anti-retrovirais, incluindo esquemas para países subdesenvolvidos e

populações que precisavam continuar amamentando seus filhos, tiveram início os diferentes estudos para a redução da transmissão vertical do HIV (MOFENSON, 2000).

A partir de 1994, com a publicação dos resultados do protocolo *AIDS Clinical Trial Group* (ACTG 076), surgiu a possibilidade de se estruturar uma intervenção eficaz e específica para a redução da transmissão vertical do HIV (CONNOR et al., 1994; ANDERSON, 2001).

O ACTG 076 foi um estudo randomizado, duplo-cego, controlado com placebo que tinha como objetivo comprovar a eficácia do AZT na redução da transmissão vertical do HIV. Foram selecionadas gestantes infectadas pelo HIV com idade gestacional entre 14 a 34 semanas, e aplicava-se o protocolo incluía a administração de AZT por via oral durante a gestação, de AZT injetável durante o parto e de AZT por via oral para o recém nascido nas seis primeiras semanas de vida, paralelamente à suspensão da amamentação (CONNOR et al., 1994). Os resultados deste estudo comprovaram que o uso do AZT reduziu a transmissão vertical do HIV em 67,5%.

A fundamentação para a utilização do Protocolo ACTG 076, era que crianças estavam cada vez mais se tornando infectadas pelo vírus HIV tipo 1 através da transmissão materno infantil (CONNOR et al., 1994).

A partir desse estudo, o aconselhamento e testagem para HIV no pré-natal e a profilaxia com AZT, tornaram-se padrão de tratamento para gestantes infectadas pelo HIV nos países desenvolvidos, medidas que em seguida foram expandidas para outros em desenvolvimento (CENTERS..., 1994, 1995, 1999, 2001).

Posteriormente, estudos realizados em outras populações nos Estados Unidos da América (EUA), Europa, África e Ásia, confirmaram a eficácia da Zidovudina na redução da transmissão vertical do HIV (DICKOVER et al., 1996; SPERLING et al., 1996; NEWELL et al., 1997; SHAFFER et al., 1999; WIKTOR et al., 1999), inclusive quando administrada

tardamente na gestação ou até mesmo quando apenas contempla o recém-nascido, iniciado nas primeiras quarenta e oito horas (WADE et al., 1998).

Outras pesquisas foram realizadas utilizando esquemas e intervenções para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Como exemplo, foram avaliados esquemas abreviados com o AZT em populações de gestantes na Ásia e África, com o objetivo de tornar mais barato e mais acessível o tratamento anti-retroviral em países com poucos recursos, mas que também garantissem a eficácia em reduzir a transmissão vertical do HIV (SHAFFER et al., 1999; LALLEMANT et al., 1999). Como um desses estudos utilizou grupo placebo mesmo após trabalho demonstrando a eficácia do AZT, é questionado por motivos éticos.

Um estudo realizado em Bangkok, na Tailândia, como alternativa à grande complexidade de implementação e aos custos do protocolo ACTG 076, demonstrou que o uso de um esquema encurtado de profilaxia com o AZT oral, iniciado a partir da 36ª semana de gestação e administrado por via oral também durante o parto, sem a administração de AZT por via oral para o recém-nascido e com a substituição do aleitamento materno, reduziu em aproximadamente 50,0% a transmissão vertical do HIV (SHAFFER et al., 1999; LALLEMANT et al., 1999). Neste mesmo estudo, demonstrou-se que este tratamento encurtado com o AZT reduziu a carga viral plasmática do HIV no parto e que esta carga viral pode ser o mais importante determinante da transmissão vertical do HIV, como discutido anteriormente.

Outro estudo com esquema curto foi realizado por Guay et al. (1999), em Kampala, Uganda, (HIVNET 012), onde era administrada dose única de nevirapina na parturiente durante o parto e para o bebê nas primeiras 72 horas de vida, comprovou-se que este esquema foi significativamente mais efetivo do que o AZT administrado durante o parto na mãe e durante os primeiros sete dias na criança. A transmissão foi de 13,1% para as crianças que tomaram Nevirapina comparada com 25,1% daquelas que usaram AZT.

A UNAIDS coordenou um estudo de transmissão perinatal usando a combinação de AZT e 3TC (Lamivudina), em mulheres que amamentavam no Sul da África, República Unida da Tanzânia e Uganda. Um estudo com 1.797 mulheres comparou a efetividade de três diferentes esquemas de drogas com placebo. Um grupo recebeu AZT e 3TC a partir da 36ª semana de gestação, durante o parto e por uma semana do pós-parto, para a mãe e criança; outro grupo recebeu AZT e 3TC no parto e por uma semana do pós-parto, para a mãe e criança, enquanto que o último grupo recebeu AZT e 3TC somente durante o parto. Os percentuais de transmissão vertical foram 5,7%, 8,9% e 14,2%, respectivamente, enquanto para o grupo placebo foi de 15,3%. Desta forma, os dois primeiros grupos que incluíam terapia mais prolongada foram os que alcançaram menor percentual de transmissão (SABA, 2002). Apesar deste estudo ter sido aprovado pelo *World Health Organization Secretariat and ethics Committee on Research Involving Human Subjects*, merece reflexões éticas, por ter utilizado grupo placebo, mesmo após divulgação do benefício da Zidovudina em 1994. Mesmo assim, atualmente em muitos países Africanos a população vivendo com HIV/AIDS não têm acesso ao antiretroviral devido às condições sócio-econômicas do país.

Posteriormente, outros medicamentos foram associados ao AZT. No protocolo ACTG 316, a Nevirapina foi administrada no início do trabalho de parto em associação ao esquema anti-retroviral utilizado pela gestante (mono, duplo ou triplo) não mostrando benefício na redução da transmissão vertical. Além disso, verificou-se a emergência de mutações associadas à resistência aos inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNN) em 11,0% (5/46) das mães com carga viral detectável (superior a 400 cópias/ml) (CUNNINGHAM et al, 2002). No entanto, a utilização dos ITRNN para a prevenção da transmissão vertical constitui uma alternativa. A Nevirapina é um ITRNN com potente atividade anti-retroviral, permitindo o alcance de cargas virais indetectáveis no momento do parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Estudos observacionais, randomizados e de meta-análise, evidenciaram que o parto cesariano e eletivo constitui fator de proteção da transmissão vertical do HIV (DUNN et al, 1994; EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1994; KUHN et al., 1996; KIND et al., 1998; MANDELBROT et al., 1998; READ et al., 1999).

Uma meta-análise de 15 estudos de coorte prospectivos implementada pelo *The International Perinatal HIV Group* (1999), demonstrou que as mulheres submetidas a cesarianas eletivas antes do início do trabalho de parto ou da ruptura das membranas reduziam significativamente (10,4%) o risco de transmissão do HIV-1 da mãe para a criança, comparada às mulheres com parto vaginal ou cesariana após ruptura das membranas (19,0%), e sem terapia anti-retroviral. Esses percentuais de transmissão com a terapia anti-retroviral durante o pré-natal, intraparto e período neonatal foram reduzidos para 2,0% nas cesarianas e 7,3% nos partos vaginais.

Em relação ao aleitamento materno, os estudos demonstraram um risco adicional de transmissão do HIV de 7,0% a 22,0% (DUNN et al., 1994; BOBAT et al., 1997, LEROY et al., 1998; TESS et al., 1998; NDUATI et al., 2000; DUARTE; GONÇALVES, 2001;).

### ***1.5 RECOMENDAÇÕES PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV***

Desde a eficácia dos resultados na prevenção da transmissão vertical, tanto o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia como o Instituto de Medicina dos EUA, iniciaram uma política de testagem universal do HIV com a notificação da paciente como um componente de rotina do atendimento pré-natal (CENTERS..., 1999).

No Brasil, logo após os resultados do ACTG 076 e em decorrência do crescimento da epidemia da infecção pelo HIV na população feminina, foi estabelecida como uma das prioridades do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, a prevenção da

transmissão vertical do HIV. A primeira publicação específica sobre prevenção da transmissão vertical do HIV, data de 1995 e atualizada em 1997 com publicação no Diário Oficial da União (BRASIL, 1997).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS, constituiu e reuniu o Comitê Assessor para Recomendações de Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes que teve como objetivo rever estas recomendações, respaldando recentes avanços desta área e dar suporte em nível nacional aos profissionais de saúde.

Desde então, as recomendações foram incluídas em manuais de condutas para o tratamento de adultos e crianças infectados pelo HIV e, posteriormente, de profilaxia da transmissão vertical do HIV e de terapia anti-retroviral em gestantes infectadas pelo HIV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1999, BRASIL, 1999). As principais recomendações atualmente vigentes encontram-se a seguir:

### **1.5.1 Testagem em gestantes**

Os Estados Unidos da América (EUA) foi o primeiro país a estabelecer diretrizes de aconselhamento e testagem em HIV nos centros de referência, como abordagem preventiva no serviço público de saúde. Por causa dos freqüentes avanços no tratamento e prevenção da transmissão do HIV, essas diretrizes foram revisadas, recomendando-se detectar precocemente as gestantes infectadas com o HIV indiscriminadamente em todos os serviços de pré-natal e não apenas aquelas mulheres com risco identificado (CENTERS..., 2001a).



O Brasil adota desde 1997 hoje uma política de oferecimento universal do teste anti-HIV para as gestantes atendidas durante o pré-natal. No início, o teste era oferecido apenas a mulheres com risco identificado para a infecção do HIV (BRASIL, 1999).

A importância da realização do teste anti-HIV é a identificação de mulheres grávidas infectadas para que estas possam ser beneficiadas com as intervenções para a redução da transmissão vertical e, dessa forma seus filhos tenham a chance de não serem infectados.

É importante saber que a realização do teste não pode ser colocada como obrigatória sendo necessária a solicitação do consentimento verbal da mulher, devendo o exame ser acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste, segundo Portaria Técnica Ministerial, publicada em 04 de julho de 1997 (BRASIL, 1997).

### **1.5.2 Quimioprofilaxia**

Em 1997, o Brasil passou a recomendar a utilização do protocolo ACTG 076 através do uso do AZT pela gestante a partir da 14ª semana de gestação por via oral, durante o trabalho do parto (AZT injetável) e pelo recém-nascido (via oral) por seis semanas, com interrupção da amamentação e acompanhamento para realização de carga viral (CONNOR et al., 1994).

Através de atualizações regulares, foi publicada em 2003 o novo Consenso Nacional de Recomendações para Profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. Este consenso é um produto da reunião periódica de um comitê de peritos coordenada pelo Ministério da Saúde, visando à incorporação de novos medicamentos e modificações nos esquemas. A utilização do esquema profilático deve ser discutida pelo profissional de saúde com a gestante sobre os riscos e benefícios a que ela e o feto estão expostos (BRASIL, 1999).

Segundo o último consenso brasileiro para profilaxia anti-retroviral em gestantes, no caso de haver indicação de outros anti-retrovirais para tratamento da gestante ou se a mesma já estiver em tratamento para a AIDS, pode ser considerada a manutenção do esquema anti-retroviral durante o primeiro trimestre de gestação após discussão com a paciente, informando-se os riscos do tratamento para a criança e os benefícios da prevenção. A contagem dos linfócitos T CD4+ e a quantificação da carga viral devem ser realizadas durante o pré-natal para acompanhamento da mãe.

Em Sergipe, os serviços públicos tem a determinação para o uso o Protocolo ACTG 076 nas gestantes e parturientes infectadas pelo HIV, porém com dificuldades de várias naturezas.

### **1.5.3 Operação cesariana eletiva**

Quando em 1998 surgiram os primeiros trabalhos demonstrando que 40,0% a 80,0% dos casos por transmissão vertical da infecção pelo HIV ocorriam durante ou próximo ao período do parto, passou-se a questionar o papel de intervenções obstétricas como a operação cesariana para a redução desses percentuais. Mandelbrot et al. (1998), em estudo prospectivo encontraram uma taxa de transmissão vertical do HIV de 0,8% nas mulheres que utilizaram o AZT e realizaram a via alta de parto comparado a 6,6% nas que realizaram parto vaginal (via baixa).

Com base em evidências científicas já referidas neste estudo, o Ministério da Saúde preconizou a operação cesariana como melhor via de parto, no que se refere à diminuição do risco da transmissão vertical do HIV nas parturientes cuja carga viral, mensurada na 34ª semana de gestação, excedia a 1.000 cópias/ml assim como naquelas em que se desconhecia a carga viral no momento do parto (ANEXO A).

#### **1.5.4 Leite artificial**

O Ministério da Saúde recomenda a substituição do aleitamento materno pelo leite artificial ou leite pasteurizado dos bancos de leite. A aquisição e distribuição do leite deverão ficar ao encargo das Secretarias Municipais de Saúde através de programas de carências nutricionais ou recursos da própria Coordenação Municipal de DST e AIDS, para suprir os filhos de mães infectadas menores de seis meses de idade.

#### ***1.6 IMPLEMENTAÇÕES E IMPACTO DAS INTERVENÇÕES PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL***

Nos Estados Unidos e Europa, após a implementação dos avanços na prevenção da transmissão vertical, houve uma redução significativa do número de casos de AIDS em crianças (COOPER et al, 1996). Atualmente nestas regiões, as taxas de transmissão vertical se encontram abaixo de 1,0% e a meta é deixá-las o mais próximo possível de zero.

Na França, em 1993 iniciou-se a política do oferecimento do teste anti-HIV na primeira consulta do pré-natal. Em 1995, pesquisa realizada com 12.341 mulheres atendidas em clínicas de pré-natal evidencia que 87% haviam sido testadas antes ou durante a gravidez e 80,0% do binômio mãe-filho recebiam pelo menos um dos três componentes do protocolo ACTG 076 (VAYSSIERE et al., 1999).

No Brasil, as implementações das ações para a prevenção da transmissão vertical continuam em crescente progresso. Em algumas regiões brasileiras, mais precisamente no Sul e Sudeste, as ações acontecem de maneira mais efetiva, enquanto que nas outras regiões, devido às dificuldades encontradas o processo se dá de forma mais lenta.

### **1.7- OPORTUNIDADES PERDIDAS DE PREVENÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Apesar das recomendações ministeriais e intervenções preconizadas, ainda existem falhas dos serviços de saúde, que se configuram em oportunidades perdidas de prevenção para várias doenças.

Marques et al (1998), em pesquisa para avaliar falhas na implantação de medidas preventivas da transmissão materno infantil em centros de referência que atendem mulheres soropositivas para HIV no estado de São Paulo, identificou como principais falhas destes serviços o não oferecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e a inadequada qualidade da informação prestada. Em entrevista com gestantes soropositivas para HIV, 70% destas relataram que o profissional de saúde ao solicitar a sorologia para HIV não explicou a importância do teste neste período. Neste estudo observou-se que as unidades básicas de saúde foram as que menos contribuíram com informações para compreensão do risco da transmissão materno infantil e a necessidade de tratamento.

Este dado é preocupante, pois pesquisa realizada por Paiva et al (2004) sobre comportamento sexual da população brasileira, em tópico que aborda testes anti-HIV, identificou que 63,4% das mulheres testadas fizeram o exame na rede pública. Quase metade das mulheres (47%) o fez por estar teste grávida. Esses dados confirmam a oportunidade que os serviços públicos têm na captação destas gestantes.

Souza Junior et al (2004, p. 770) relata que *“As proporções de oportunidades do teste HIV na gestação atingem valores alarmantes entre mulheres com pouca instrução, residentes nas regiões menos desenvolvidas do país e municípios de pequeno porte populacional”*. O autor acrescenta também que *“As oportunidades perdidas de diagnóstico de infecção pelo HIV ocorre em mulheres que começaram o pré-natal no primeiro trimestre e tiveram seis ou mais consultas de pré-natal”*.

Estas oportunidades perdidas não ocorrem somente na prevenção da transmissão vertical pelo HIV. Borges de Mattos et al (2003), em pesquisa para avaliar oportunidades perdidas de vacinação antitetânica e cobertura vacinal ao final da gravidez, estimaram em 70% as oportunidades perdidas de imunização durante a gestação. Apontam que um dos fatores importantes para elevar a cobertura vacinal antitetânica na gestante é a participação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de pré-natal.

Outra doença importante de transmissão vertical que ainda é um desafio para sua redução é a sífilis congênita. Segundo RAMOS (2001), mesmo em grandes centros, existem ainda pacientes que terminam a gravidez, sem que realizem um único teste sorológico para sífilis. Quando estes exames são feitos, existem grandes dificuldades na interpretação dos resultados, por vezes banalizando o VDRL fraco reator ou adotando condutas medicamentosas que não encontram respaldo científico, demonstrando desconhecimento quanto ao manejo clínico desta doença. O acolhimento dos serviços para avaliação e tratamento tanto da gestante como do seu parceiro também não são os mais adequados.

Em Sergipe, foi realizada pesquisa em uma maternidade vinculada ao SUS, que não tinha como rotina a triagem para sífilis entre as parturientes. O trabalho consistia na implantação desta rotina. Após um ano a análise dos dados revelou uma prevalência de 2,3% de VDRL reagente. Destas, 93% não traziam informações pertinentes documentadas, apesar de terem freqüentado pré-natal (RIVAS; LEMOS, 2004). Nas entrevistas, eram comuns os relatos de que não sabiam os exames que tinham feito, e a utilidade destes. Outras portavam VDRL reagente para sífilis, porém não haviam sido submetidas a uma melhor investigação, nem muito menos ao protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde.

Estas três situações citadas anteriormente, muito bem podem representar parâmetros para avaliação da qualidade do pré-natal. Considerando que o manejo clínico destas doenças e são conhecimentos básicos para as equipes pré-natalistas, pode-se afirmar a grande

importância do perfil profissional e a dimensão dos programas de capacitação continuada destas equipes para a diminuição das oportunidades perdidas.

Para muitas mulheres, o momento desencadeador de todas ações de prevenção da transmissão materno infantil é no pré-natal, porém o início destas medidas preventivas pode acontecer antes mesmo do advento da gestação, dentro do universo das ações programáticas direcionadas às mulheres e aos casais, principalmente nas abordagens para prevenção do câncer ginecológico e no planejamento familiar, no que concerne a pré-concepção.

## ***1.8 EVOLUÇÃO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA HIV***

### **1.8.1 Testes sorológicos**

O sorodiagnóstico de infecções virais, baseia-se na relação existente entre infecções por microorganismos, incluindo vírus, induzindo resposta imunológica com produção de anticorpos específicos, que são identificados em amostras de soro, provando que o paciente foi exposto ou infectado pelo agente pesquisado (LELAND, 1996).

Nos países Africanos, o diagnóstico da AIDS geralmente é feito pela clínica e epidemiologia da doença. Entretanto, em fases iniciais da doença, o diagnóstico sorológico é o único recurso e para pacientes com número limitado de sinais e sintomas, é necessária a confirmação laboratorial do HIV. Após isolamento e caracterização dos constituintes virais, foi possível desenvolver os primeiros testes sorológicos para pesquisar a infecção pelo HIV (PIOT et al, 1994).

O FDA (*Food and Drug Administration*, EUA) autorizou em 1985 a produção dos ensaios *imunoenzimáticos* (*Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay*, (ELISA). Os primeiros ELISA utilizavam antígenos virais, produzidos de lisados de cultura celular infectada

purificada, imobilizados em uma microplaca (ELISA de 1ª geração). Devido à baixa confiabilidade, os antígenos passaram a ser obtidos mais puros e específicos pela técnica “DNA recombinante” (ELISA de 2ª geração). A fim de tornar os testes ainda mais eficientes no diagnóstico do HIV surgiram os testes ELISA de 3ª geração, que uniam à técnica de DNA recombinante a técnica de “Peptídeo Sintético”, resultando em alta sensibilidade e especificidade. A aplicação destes testes diagnósticos resultou numa significativa redução do período compreendido entre a infecção e a detecção de anticorpos (LELAND, 1996; TRINDADE, 2000).

Atualmente no Brasil, com o objetivo de realizar o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, é exigido o cumprimento rigoroso de procedimentos seqüenciados e agrupados em três etapas (anexo B):

Etapa 1- Triagem sorológica. Todos os laboratórios que realizam testes para o diagnóstico laboratorial deverão adotar, obrigatoriamente a realização de um imunoensaio, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de soro ou plasma. O imunoensaio não poderá ser de avaliação imunocromatográfica (teste rápido) e deverá ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

Etapa 2- Confirmação sorológica por meio da realização de um segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta para o vírus HIV-1, ou diretamente a Etapa 3 pelo teste de Western Blot para HIV. O segundo imunoensaio deverá ter princípio metodológico e/ou antígenos distintos do primeiro imunoensaio utilizado.

Etapa 3- Confirmação sorológica por meio da realização do teste de Western Blot HIV-1. Para interpretação do teste Western Blot, deverão ser observados os critérios determinados pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), Atlanta, EUA (Estados Unidos da América).

A sensibilidade dos métodos e o período de até três semanas em que ainda não se detectam níveis séricos de anticorpos (janela imunológica), mostram que pode haver resultados falso-negativos. Também está presente na fase terminal, onde os pacientes não possuem quaisquer capacidades de resposta, seja celular ou humoral (RODRIGUES et al, 1996).

A estratégia convencional para diagnóstico da Imunodeficiência Humana, utiliza um ELISA como teste de primeira linha, enquanto o Western Blot é frequentemente usado como teste de segunda linha para confirmar a soro-reação (VERONESI et al, 1999). Como esta estratégia consome muito tempo, é cara e tecnologicamente difícil de aplicar em ambientes exteriores ao laboratório e por pessoal não especializado, fica difícil utilizá-la quando se necessita de resultados mais rápidos para intervenções imediatas, como no caso de acidentes de trabalho com material perfuro-cortante e em parturientes.

De acordo com a portaria técnica Ministerial nº.59, todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a). A interpretação dos resultados deve seguir as normas desta portaria:

**Resultado positivo** - Significa que a pessoa é portadora do vírus, é um soropositivo e pode ou não estar com AIDS. A procura de tratamento médico é necessária, pois a infecção é controlável. Portadores assintomáticos podem transmitir o vírus para outras pessoas, razão pela qual é importante comunicar o resultado aos parceiros que devem também realizar o teste anti-HIV. É necessária a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de re-infecção pelo HIV e outras DST.

**Resultado falso-positivo** - Decorre de problemas técnicos ou alterações biológicas no indivíduo que determinam reatividade, independente da condição investigada. Os de origem



técnica ficam por conta de contaminação de ponteiros ou da reação por soros vizinhos fortemente positivos, troca de amostras, ciclos repetidos de congelamento e descongelamento, pipetagens de baixa acurácia, inativação da amostra a 56°C e transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou kits.

Entre as causas biológicas de resultados falso-positivos estão semelhanças antigênicas entre microrganismos, doenças auto-imunes, infecções por outros vírus, uso de drogas endovenosas, aquisição passiva de anticorpos anti-HIV, entre outros. Nem todas as reações falso-positivas têm causa definida ou podem ser evitadas.

**Resultado negativo** - Significa que a pessoa não está infectada ou que foi infectada tão recentemente que ainda não produziu anticorpos necessários para detecção pelo teste utilizado e é, neste caso um falso-negativo. Influem nos resultados falso-negativos, a sensibilidade do teste, em função das diferentes capacidades de detecção dos kits, da ocorrência do período de janela imunológica ou da variabilidade na constituição antigênica dos conjuntos de diagnóstico. Entre os fatores de ordem técnica que levam a resultados falso-negativos, estão: troca da amostra, uso de reagentes fora do prazo de validade, equipamentos desajustados, pipetagem incorreta e transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos kits. É importante destacar que um resultado negativo não significa imunidade.

**Resultado indeterminado** - Pode significar um falso-positivo devido a razões biológicas ou um verdadeiro positivo de infecção recente que ainda não desenvolveu anticorpos. Este resultado é determinado na etapa 3 (teste Western blot) sendo interpretado como resultado indeterminado para HIV-1 quando não se observa a presença de no mínimo duas bandas entre as : gp 160, gp120, gp41 e p24 (resultado reagente) e também não há ausência de bandas

(resultado não reagente), sendo necessária a realização de outros testes mais específicos como pesquisa de anticorpos anti-HIV-2 ou pesquisas de soroconversão.

**Janela imunológica** - É o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão (também chamada de janela biológica). Varia de seis a doze semanas (um mês e meio a três meses) após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente 2,1 meses. Os testes utilizados apresentam geralmente níveis de até 95% de soroconversão nos primeiros 5,8 meses após a transmissão.

**Soroconversão** - É a positivação da sorologia para o HIV, que ocorre entre 6 a 12 semanas após o contágio. Como os testes diagnósticos detectam a presença de anticorpos para o HIV, só devem ser realizados após este período.

### **1.8.2 Teste imunocromatográfico para HIV**

São testes simples que dispensam equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. Eles caracterizam-se pela ampla aplicabilidade e sensibilidade comparável à dos testes de ELISA.

O Teste Rápido 1-2-3 hemo fita de HIV é um ensaio imunocromatográfico in vitro, qualitativo para a detecção de anticorpos do vírus de imunodeficiência humana 1 e 2 (HIV-1 e HIV-2) em sangue total, soro ou plasma humanos frescos. Este teste de triagem produz resultados em, no máximo, 30 minutos.

Existem atualmente no mercado diversos testes rápidos disponíveis, produzidos por vários fabricantes e que utilizam diferentes princípios técnicos. Geralmente os testes rápidos apresentam metodologia simples, utilizando antígenos virais fixados em um suporte sólido

(membranas de celulose ou nylon, látex, micropartículas ou cartelas plásticas) e são acondicionados em embalagens individualizadas, permitindo a testagem individual das amostras (Brasil, 2004).

Esses testes, que foram inicialmente desenvolvidos no final da década de 80, ganharam maior popularidade a partir do começo dos anos 90. À medida que as tecnologias de desenvolvimento e produção de kits foram se tornando mais refinadas, os testes rápidos se revelaram tão acurados quanto os ELISA, apresentando sensibilidade e especificidade similares aos ELISA de terceira geração (DUARTE et al, 2001; PHILI; VARDAS, 2002; MEDA et al,1999).

Conforme o determinado na Portaria 59/03, somente conjuntos diagnósticos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e submetidos a testes de análise prévia poderão ser comercializados no País. Os testes rápidos deverão ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados e o sistema submetido a controle de qualidade, como é feito para os laboratórios que realizam a sorologia convencional. Os resultados não reagentes nos testes rápidos devem ser comunicados por profissionais devidamente treinados, que informem ao indivíduo sobre as limitações do teste. Resultados reagentes nesses testes devem ser obrigatoriamente submetidos a testes confirmatórios antes de serem entregues aos pacientes. Deve-se fazer também aconselhamento pré e pós-teste a todos os indivíduos submetidos a estes (SERAFIM et al, 1999).

### **Indicações gerais para uso de testes rápidos**

Tendo em vista as características gerais dos testes rápidos, estes podem ser indicados como testes de triagem para o diagnóstico da infecção pelo HIV, triagem de doadores em

bancos de sangue e de outros tecidos biológicos e também para fins de se tomar uma decisão terapêutica em situações de emergência específicas.

Nas duas primeiras situações, conforme recomendado pelo fabricante, o teste rápido poderia substituir o teste ELISA convencional na etapa de triagem sorológica inicial para infecção pelo HIV, quando as facilidades metodológicas destes superassem a ausência de uma estrutura laboratorial mais complexa ou de custo mais elevado, porém esta substituição não é regulamentada no Brasil segundo portaria 59/MS.

A grande utilidade destes testes encontra-se em algumas situações de emergência, onde o seu uso não é dirigido primariamente para fins diagnósticos e sim para ocasiões em que existe a necessidade de se avaliar e decidir rapidamente sobre a utilização de profilaxia medicamentosa para a infecção pelo HIV. Isso ocorre principalmente nos casos de exposição ocupacional, gestantes em pré-natal avançado, parturientes que não tenham sido testadas para o HIV no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível no momento do parto. Nessas situações, a testagem rápida se mostra conveniente para a indicação de profilaxia em tempo hábil, com boa relação custo-efetividade, justificando assim o seu uso. Tendo em vista que não se trata de um exame com fim diagnóstico e que o resultado é considerado como provisório, pode ser aceita a realização de um único teste rápido para se tomar uma decisão de emergência. Nesse caso é imprescindível que uma nova amostra ou o próprio paciente seja encaminhado o mais rápido possível, e em caráter prioritário, para realização de testes confirmatórios (BRASIL, 2003a).

## 2 JUSTIFICATIVA

Os rumos da infecção pelo HIV com a feminização da epidemia deram à transmissão vertical importância cada vez maior nos últimos anos. Aliado a este fato, o conhecimento de condutas que efetivamente diminuem esta transmissão despertou a comunidade científica e o poder público para a necessária implementação de rotinas na assistência ao binômio mãe-filho, nos períodos gestacional e peri-parto.

Em Sergipe, ocorrem aproximadamente 37.000 partos/ano, dentre os quais metade é realizada na capital. Apesar da cobertura do pré-natal, que no estado se mantém na média nacional, percentual importante dessas pacientes não são devidamente acompanhadas neste período. Outras, apesar de freqüentar as consultas pré-natais, não são submetidas aos protocolos preconizados, que incluiria a realização da sorologia para HIV. Os motivos para a não realização vão desde a dificuldade de acesso ao exame até a baixa percepção de risco. Isto atenta contra a qualidade do pré-natal realizado, que é a gênese da importância da testagem no momento do parto, período de maior risco de transmissão.

As estimativas de gestantes infectadas continuam sendo realizadas com base nas informações de prevalência da infecção em parturientes, obtidas através de cortes transversais realizados em amostras aleatórias (estudos sentinela), o que não dá visibilidade local da magnitude do problema e não permite intervenções efetivas na redução da transmissão vertical, além de não caracterizar o perfil sócio-comportamental da população comprometida.

Considerando que o atendimento gravídico-puerperal na rede pública de saúde por vezes é a única oportunidade de captação da mulher para sorologia do HIV e também a inexistência de estudos sobre esta problemática em Sergipe, justifica-se a realização deste estudo.

### **3 OBJETIVOS**

- Identificar a prevalência da infecção pelo vírus HIV nas parturientes de Sergipe através da utilização do teste rápido para HIV;
- Analisar fatores de risco associados à infecção materna pelo HIV;
- Verificar a factibilidade da utilização do teste rápido para HIV nas maternidades selecionadas para o estudo;

## **4 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

### ***4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA***

Trata-se de uma pesquisa delineada em duas etapas: numa primeira etapa foi realizado um estudo transversal com o objetivo de identificar parturientes infectadas pelo vírus HIV. Na segunda etapa foi desenvolvido um estudo de caso-controle para verificar fatores de risco associados com a infecção pelo HIV nestas parturientes.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado em três maternidades do Estado de Sergipe que prestavam atendimento pelo sistema Único de Saúde (SUS). O Estado, com pouco mais de 1.700.000 habitantes, tem em média 37.000 partos\ano dos quais, aproximadamente 50% são realizados em Aracaju. No período estudado, a maternidade Hildete Falcão Baptista assistiu 2.011 (20,8%) das parturientes abordadas, ao tempo em que a maternidade João Firpo atendeu 4.820 (50%), ambas localizadas no município de Aracaju. As demais parturientes, 2.809 (29,1%) foram atendidas na maternidade São José localizada em Itabaiana, município sede de micro-região.

### ***4.3 CRITÉRIO DE SELEÇÃO DAS MATERNIDADES***

Dentre as instituições que prestavam atendimento ao SUS, foram selecionadas as maternidades cujo volume de atendimento era maior, incluindo a maternidade estadual de referência em alto risco. Estas instituições juntas, realizavam quase metade dos partos do

estado de Sergipe. A permissão oficial da direção destas maternidades consolidou a seleção. Por fim, as maternidades selecionadas em Aracaju foram Hildete Falcão Baptista e João Firpo e maternidade São José, localizada na cidade de Itabaiana.

#### ***4.4 POPULAÇÃO ESTUDADA***

Participaram do estudo todas as parturientes das três maternidades selecionadas no estado de Sergipe no período determinado para a pesquisa e também puérperas que tiveram parto domiciliar ou em trânsito. Para atingir o tamanho da amostra, foi necessário um período de coleta compreendido entre janeiro de 2003 a março de 2004. A população do estudo compreendeu 9.640 parturientes abordadas no acolhimento e aconselhamento pré-teste, das quais 327 (3,4%) negaram-se a participar da pesquisa, e 98 (1,0%) que não realizaram o teste por motivo não relatado. Desta forma foram realizados 9.215 (95,6%) testes rápido nas parturientes das três maternidades selecionadas.

#### ***4.5 TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS***

A equipe de saúde de DST/AIDS, juntamente com representantes treinados das maternidades envolvidas, fez um cronograma de treinamentos para os profissionais das maternidades selecionadas, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, biomédicos, psicólogos, assistentes sociais, graduandos de enfermagem e de medicina, priorizando os que trabalhavam nas salas de pré-parto, parto, puerpério e berçário.

O treinamento incluiu temas como acolhimento das parturientes nas maternidades, aconselhamento pré e pós-teste para realização do teste rápido, manejo clínico de parturientes e crianças expostas ao vírus HIV, vigilância das DST/AIDS contemplando também práticas



para realização do teste. Refletia-se também sobre a qualidade dos serviços prestados com foco na humanização do atendimento.

Cada treinamento, utilizando a metodologia da problematização, iniciava-se dividindo os treinandos em subgrupos de modo que houvesse heterogeneidade quanto às categorias profissionais e maternidades em que atuavam. Ao final, os subgrupos foram reorganizados por maternidade, com objetivo de planejar um fluxo de atendimento condizente com a realidade de cada instituição na implantação do teste rápido para HIV.

Após os treinamentos, foram realizadas práticas supervisionadas pela pesquisadora no que diz respeito ao aconselhamento e realização do teste, colaborando também na adequação do espaço físico. Foram realizados quatorze treinamentos, envolvendo aproximadamente 400 profissionais.

Os profissionais que colaboraram nesta capacitação, foram treinados pelo Ministério da Saúde através do projeto denominado “Nascer” que objetiva capacitar equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas neste projeto, com vistas à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade de atendimento à gestante, puerpéra e recém-nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita.

#### ***4.6 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA***

Utilizando o módulo StatCalc do programa Epi Info 2002, para uma população de 37.000 partos/ano realizados em Sergipe com uma frequência esperada de 0,47% (prevalência nacional de gestantes soropositivas) e como pior resultado esperado de 0,37% para intervalo de confiança de 90%, calculou-se o tamanho da amostra em 9.430 testes.

Não foi realizado cálculo para o estudo de caso-controle, pois foram incluídas todas as parturientes internadas com teste rápido reagente no período estudado e três parturientes com teste rápido não reagente para cada caso, totalizando 39 casos e 117 controles.

#### ***4.7 SISTEMÁTICA DA COLETA***

##### **4.7.1 Ambiente**

Como a privacidade é uma necessidade do aconselhamento, foram necessárias adequações no espaço físico das maternidades para criação de uma sala de aconselhamento e testagem (SAT), utilizada para parturientes com condição de deambulação. As demais eram abordadas no próprio leito, preservando, sempre, a individualidade das mesmas.

##### **4.7.2 Registro**

###### **Estudo de prevalência**

Foram entregues às maternidades livros ata, para registro das informações obtidas no momento do aconselhamento às parturientes no pré-parto (Apêndice B). As variáveis para o estudo de frequência foram: idade da parturiente, realização e número de consultas do pré-natal, realização da sorologia anti-HIV durante a gravidez e resultado do teste rápido para HIV realizados quando do internamento nestas maternidades. Uma última coluna foi incluída para observações outras. Além do livro ata, registrava-se o resultado do teste no prontuário da paciente. Por questão de sigilo, somente era anotada no cartão da gestante a realização do teste, sem no entanto especificar o resultado.

Em todos os casos solicitava-se a concordância em participar do estudo e quando esta ocorria, era preenchido termo de consentimento livre e esclarecido, que era assinado pela paciente (apêndice A).

### **Estudo de caso-controle**

As mães responderam a questionário estruturado (Apêndice C), elaborado a partir de modelos preconizados pelo Ministério da Saúde (SINAN –AIDS, gestante soropositiva e criança exposta, SI-CTA- ANEXOS E, F, G) e que continha informações subdivididas em três grupos: o primeiro com características sócio-demográficas, o seguinte com informações sobre comportamentos de risco e o último com informações acerca da atenção no pré-natal.

As variáveis sócio-demográficas foram: idade menor que 19 anos e maior ou igual a dezenove anos. Quanto à escolaridade, foram consideradas duas categorias: uma que reunia os analfabetos e parturientes com até a 4ª série e outra com participantes com mais de quatro anos de estudo; o estado civil para melhor análise, foi dividido em variáveis dicotômicas, agrupando as casadas junto às de união estável e solteiras com as separadas; tipo de município de residência, em capital e interior do estado e se possuíam ou não renda própria. As puérperas que estavam na categoria dona-de-casa, foram incluídas na variável sem renda ou desempregada.

Entre as variáveis dos fatores comportamentais, foram colhidas informações sobre o início da relação sexual, número de parceiros sexuais, uso de preservativo com parceiro fixo, uso de drogas endovenosas nos últimos cinco anos, história de transfusão de sangue nos últimos 5 anos, ter feito ou não sexo com parceiro HIV positivo, sexo por vantagem financeira e motivos de não usar preservativo, que podiam responder mais de uma questão, colocando sim ou não nas caselas. Para tabular os dados, foram escolhidos os motivos mais

relevantes e que tiveram um maior de respostas positivas. Informações sobre parceria sexual tiveram mais de uma opção, por não serem excludentes. A variável de conhecimento sobre como evitar a AIDS foi trabalhada com perguntas abertas e tiveram suas respostas recodificadas entre certas e erradas.

No terceiro grupo deste questionário, foram feitas perguntas sobre atenção dispensada no pré-natal tais como: realização ou não do pré-natal, posse do cartão da gestante, submissão ao teste HIV no pré-natal e número de consultas. Esta última, foi analisada com ponto de corte em número de 6 consultas, baseado na Portaria 569/2000 (BRASIL, 2000), onde recomenda que a gestante seja submetida a um número mínimo de seis consultas no pré-natal. A variável data da primeira consulta no pré-natal não foi analisada por haver um grande número de informações ignoradas.

Todos os questionários, foram preenchidos no pós-parto, a maioria pela própria pesquisadora ou então pelas enfermeiras e estudantes de enfermagem treinadas para utilização deste instrumento. O registro sobre tipo de parto e data foram coletados através do prontuário da paciente.

#### **4.7.3 Critérios de inclusão**

##### **Para o estudo de prevalência**

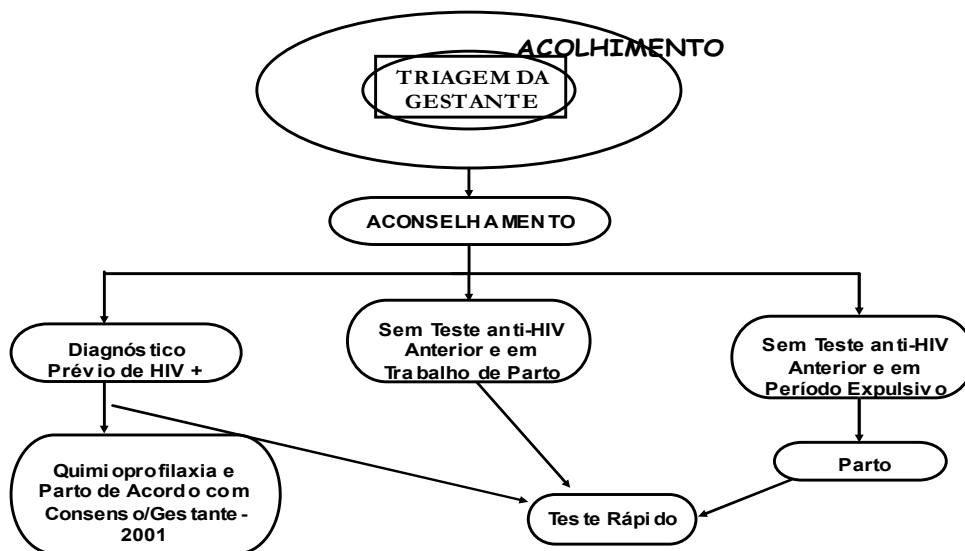
Todas as parturientes internadas para assistência ao parto e ou puerpério nas maternidades selecionadas iniciando-se em janeiro de 2003 e que após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, eram submetidas ao teste rápido para HIV, independente de já o terem realizado no pré-natal.

### Para o estudo de caso-control

**Grupo caso:** parturientes que após realização do teste rápido, tiveram resultado reagente.

**Grupo controle:** três parturientes subsequentes ao caso com o mesmo tipo de parto da mesma maternidade, quando possível do mesmo dia ou imediatamente do dia seguinte e que após consentimento na realização do teste rápido, tiveram resultado não reagente.

#### 4.8 FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DA GESTANTE.



#### 4.9 O TESTE

Foi utilizado como triagem teste rápido para HIV (Determine®) através de punção digital, que produz resultados em quinze minutos, não sendo exame com fim diagnóstico.

Todas as pacientes com resultados reagentes foram submetidas a testes confirmatórios segundo algoritmo do MS (Portaria 59/2003).

O teste foi realizado por enfermeiros, técnicos e auxiliares e enfermagem da sala de pré-parto que haviam participado do treinamento. Somente em uma maternidade (MJF), devido à dificuldade de recursos humanos e grande quantidade de procedimentos, contamos com estagiários do curso de graduação em enfermagem, que foram treinados pela pesquisadora.

#### **4.9.1 Princípios do teste**

O teste é um ensaio imunocromatográfico *in vitro*, qualitativo para a detecção de anticorpos do vírus de imunodeficiência humana 1 e 2 (HIV-1 e HIV-2) em sangue total, soro ou plasma humano fresco, recolhido (fingerstick). Utiliza um antígeno indireto de fase sólida com uma tecnologia de imunoensaio para a detecção qualitativa dos anticorpos que reconhecem o HIV-1 e/ou HIV-2 em sangue total humano. Durante o procedimento, o sangue total obtido de uma punção no dedo realizada com uma lanceta é recolhido dentro dum capilar, e acrescentada à tira do teste. A solução reveladora é a seguir adicionada gota a gota. A fita do teste (primeiro à área da amostra) é introduzida dentro desta mistura. A porção fluida do sangue migrará para cima da fita pela ação capilar e hidratará o conjugado tinturado. Os anticorpos de imunoglobulina G (IgG) unir-se-ão ao conjugado e continuarão migrando na fita para a membrana. Se qualquer um dos anticorpos se unir ao conjugado tinturado reconhecendo antígenos virais depositados em forma de uma linha na área do teste na membrana, eles produzirão uma linha rosa-púrpura. Alguns complexos conjugado-anticorpo migrarão para cima na membrana e unir-se-ão à linha do reativo que reconhecerá os

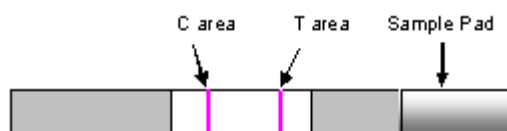
anticorpos não específicos de IgG na área de controle da membrana. A presença de qualquer anticorpo de IgG deverá produzir então uma linha rosa-púrpura na área de controle.

#### 4.9.2 Interpretação dos resultados

##### Resultados positivos (vide figuras 2a-2c):

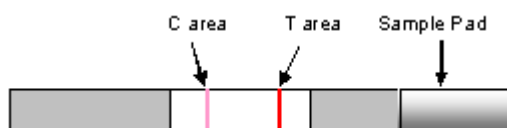
No caso de aparecerem duas linhas de cor rosa-púrpura na janela de resultados, uma na área de controle e a outra na área do teste, há o indicativo de um resultado reagente. Qualquer par de linhas sem importar a intensidade da cor (vide figuras 2b-2c abaixo como exemplos), deve ser considerado um resultado positivo. É importante ler o resultado entre 15 e 60 minutos.

Figura 2a



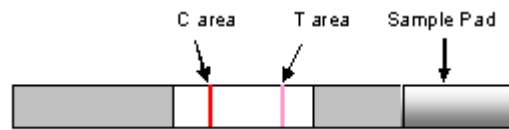
Duas linhas fortes rosa-púrpura, uma na área do teste e outra na área de controle

Figura 2b



Uma linha forte rosa-púrpura, uma na área do teste e outra fraca rosa-púrpura na área de controle.

Figura 2c

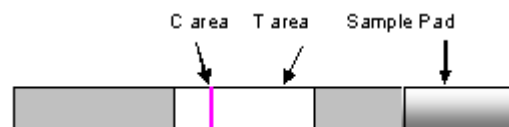


Uma linha fraca rosa-púrpura na área do teste e uma linha forte rosa-púrpura na área de controle

**Resultado negativo (vide figura 2d, abaixo):**

Só vai aparecer uma linha rosa-púrpura na janela de resultado. A linha deverá ocorrer na área de controle. Não deve existir nenhuma linha na área do teste. Isto indica que não se detectaram anticorpos contra o vírus HIV-1 e HIV-2.

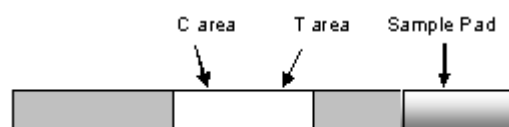
Figura 2d



**Resultado inválido (vide figura 2e, abaixo):**

Uma linha rosa-púrpura tem de aparecer sempre na área de controle. O teste é inválido se não se formar qualquer linha na área de controle sem interessar a presença ou ausência duma linha na área do teste. Qualquer teste com um resultado inválido deverá ser repetido.

Figura 2e





### **4.9.3 Armazenagem**

De acordo com as orientações do fabricante, os materiais do teste devem ser armazenados fechados à temperatura ambiente (15-25° C) ou refrigerados a (2-8° C) antes do uso inicial. Não deve ser congelado. O teste é estável até a data de expiração encontrada na bolsa, quando esta foi armazenada seguindo as recomendações. Não se deve utilizar o teste caso as embalagens estejam danificadas. Após a primeira abertura do recipiente das fitas, estas não devem ser refrigeradas e sim armazenadas à temperatura ambiente. As fitas do teste podem ser usadas por até 30 dias após a abertura do recipiente.

Este teste possui uma sensibilidade de 100 % e especificidade de 99,98% para os anticorpos do vírus HIV.

### **4.9.4 Materiais necessários pra realização do teste**

- kits compostos de tiras reagentes e solução tampão
- Cronômetro
- Luvas descartáveis
- Tubos capilares
- Frascos
- Lancetas

### **4.9.5 Entrega do resultado do teste**

Dada a natureza do exame, o estigma da doença e a condição clínica da parturiente, difícil experiência para a mulher, as estratégias para se transmitir os resultados foram

determinadas pelo bom senso da equipe de plantão na escolha do melhor momento e local do aconselhamento pós-teste.

Por vezes, este resultado foi transmitido apenas quando as pacientes se encontravam na sala de parto com a equipe, garantindo desta forma o sigilo e a individualidade das mesmas.

#### ***4.10 INTERVENÇÃO COM OS CASOS***

Todas as parturientes consideradas como caso foram submetidas ao protocolo ACTG 076/MS, que inclui medidas como aplicação injetável do AZT, definição da via de parto, AZT xarope para o recém-nascido exposto e inibição da lactação. Para estes casos, eram fornecidas duas latas de leite em pó modificado, dada a precária situação sócio-econômica das parturientes. Em todas as pacientes com resultados reagentes, colhia-se sangue periférico para exames confirmatórios. Todas foram referenciadas ao Serviço de Atendimento Especializado em AIDS (SAE) para entrega do resultado da sorologia que quando positiva, indicava a continuidade do suprimento da fórmula láctea infantil.

#### ***4.11 INSUMOS***

Os insumos utilizados, teste rápido, anti-retrovirais, fórmula infantil e inibidor de lactação, foram fornecidos pelo Ministério da Saúde. Houve também compra pela Secretaria Estadual de Saúde através do Programa de DST/AIDS e ainda doação do mesmo programa de Maceió-Al.

#### ***4.12 CONFECÇÃO DO BANCO DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS***

Foi criado banco de dados no programa Epi Info 2002. Para comparação dos casos e controles, foi realizada análise bivariada, em que se estimou o Odds Ratio com intervalo de confiança de 95%. Para comparação de proporções, foi utilizado teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estatística  $p < 0,05$ . Nos resultados com caselas em branco, não foi possível realizar análise.

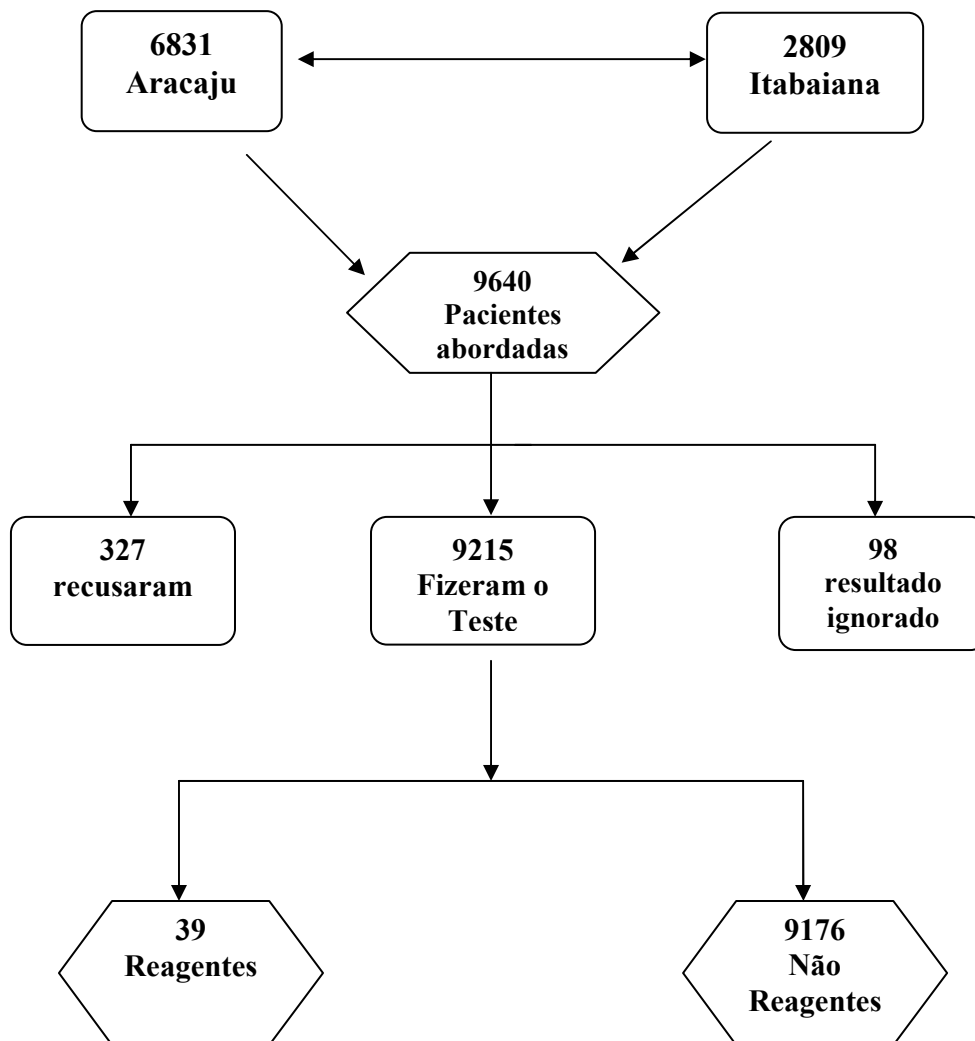
#### ***4.13 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.***

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. Todas as parturientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) concordando em participar do estudo (anexo D).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ESTUDO DE PREVALÊNCIA

A população abordada compreendeu 9640 parturientes. Destas, 180 (1,9%) não participaram alegando já haver realizado a sorologia no pré-natal, outras 147 (1,5%) recusaram-se a participar do estudo sem mencionar a razão. Houve ainda 98 (1,0%) parturientes com resultados ignorados. Por fim, a amostra final foi composta de 9215 (95,6%) parturientes, conforme representado pelo fluxograma abaixo;



Foram submetidas ao teste rápido para HIV 9.215 parturientes, sendo 4.589 (49,8%), da faixa etária entre 20-29 anos. A segunda faixa etária mais prevalente foi a de 10-19 anos com 2.840 parturientes (30,8%) (Tabela 1).

Neste universo, foram detectadas 39 (0,42%) parturientes com teste rápido para HIV reagente, das quais 23 (59%) desconheciam seu status sorológico. Entre estas 23, a média de idade foi de 27, 4 anos com mínima em 16 e máxima com 43 anos. As casadas ou de união estável totalizaram 56,5%. As empregadas somavam 26% e 47,8% eram donas-de-casa, o restante das parturientes não informaram sua ocupação. Residiam na capital, 43,5%. A idade média do início da vida sexual foi 16 anos, com mínima em 11 e máxima em 24 anos. Apenas duas delas fizeram sexo com parceiro sabidamente HIV positivo. Quanto à via de parto 78,2% tiveram parto vaginal. Quatro parturientes não receberam AZT no parto, por terem chegado em período expulsivo.

As outras 16 (41,0%) parturientes já tinham conhecimento de suas soropositividades no momento da internação. A idade média destas foi de 25 anos, com mínima em 18 e máxima de 33 anos. Entre elas, 68% eram casadas ou tinham relação estável, 37,5% eram empregadas e metade delas eram donas-de-casa. Apenas uma não tinha ocupação. Residiam na capital 62,5% e a idade média do início da vida sexual foi 18 anos, com mínima de 13 e máxima de 25 anos. Metade delas haviam tido contato sexual com parceiros sabidamente HIV positivos. Durante o pré-natal, 75% delas fizeram uso de anti-retrovirais. Quanto a via de parto a cesária foi realizada em metade dos casos, porém 87,5% fizeram uso do AZT no período do parto. As demais pacientes deram entrada na maternidade em período expulsivo, o que dificultou a quimioprofilaxia, sendo feita apenas no recém-nato iniciado nas primeiras duas horas de vida.

Algumas destas 16 parturientes estavam sendo acompanhadas no serviço de referência para DST/AIDS. Duas delas omitiram sua condição sorológica no momento do

internamento, porém, após o aconselhamento, concordaram em realizar o teste rápido no qual se detectou as suas soropositividades, o que permitiu a adoção de medidas profiláticas preconizadas para este período.

**Tabela 1** Distribuição das parturientes segundo a faixa etária - janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe.

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>FREQUÊNCIA</i>	<i>%</i>
10-19	2.840	30,8
20-29	4.589	49,8
30-39	1.611	17,5
40-+	175	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>9.215</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 2 apresenta a prevalência de testes rápido reagentes por maternidade, em que pode ser observada uma maior prevalência na maternidade Hildete Falcão Batista, como era esperado, por tratar-se de um centro de referência para alto risco.

**Tabela 2** Distribuição das prevalências do teste rápido segundo maternidades. janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe

<i>MATERNIDADE</i>	<i>População</i>	<i>Teste rápido reagente</i>	<i>Prevalência %</i>
Hildete Falcão	1.963	16	0,82
São José	2.555	09	0,35
João Firpo	4.697	14	0,30
<b>Total</b>	<b>9.215*</b>	<b>39</b>	<b>0,42</b>

\* excluiu-se os testes não realizados e os ignorados

Do total de parturientes que foram submetidas ao teste rápido na admissão 8.224 (89,3%) referiram ter realizado pré-natal, apesar de muitas não estarem com seu cartão da gestante em mãos. Não houve diferenças percentuais significativas na relação faixa etária e realização do pré-natal. Ocorreram também 775 (8,4%) parturientes que não responderam sobre a realização do pré-natal (Tabela 3).

**Tabela 3** Distribuição das parturientes segundo faixa etária a realização de pré-natal - janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>Realizou</i>		<i>Não realizou</i>		<i>ignorado</i>		<i>total</i>	
	<i>nº</i>	<i>%</i>	<i>nº</i>	<i>%</i>	<i>nº</i>	<i>%</i>	<i>nº</i>	<i>%</i>
10-19	2.125	74,8	67	2,4	648	22,8	2.840	100,0
20-29	4.405	96,0	95	2,0	89	2,0	4.589	100,0
30-39	1.526	94,7	51	3,2	34	2,1	1.611	100,0
40 +	168	96,0	3	1,7	4	2,3	175	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>8.224</b>	<b>89,3</b>	<b>216</b>	<b>2,3</b>	<b>775</b>	<b>8,4</b>	<b>9.215</b>	<b>100,0</b>

P < 0,05

Apesar de uma cobertura alta do pré-natal e a mediana de consultas estar em torno de seis, foi encontrado apenas 2.946 (32,0%) parturientes que referiram realizar o teste HIV nesta fase e 474 (5,1%) não sabiam referir sobre a submissão ao exame (Tabela 4).

**Tabela 4** Frequência de realização do teste HIV no pré-natal - janeiro 2003 a março de 2004- Sergipe

<i>Realização de teste HIV no pré-natal</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Realizou	2.946	32,0
Não realizou	5.795	62,9
Ignorado	474	5,1
<b>Total</b>	<b>9.215</b>	<b>100,0</b>

A faixa etária mais prevalente nos testes rápido reagentes foi de 40 anos e mais (1,12%), seguida das faixas etárias de 20-29 anos e 30-39 anos com 0,53%, e 9 (0,49%) respectivamente, havendo uma tendência de aumento na positividade do HIV conforme aumento da faixa etária. ( $p=0,04$ ;  $\chi^2 = 10,03$ ) (Tabela 5)

**Tabela 5** - Realização do teste rápido para HIV nas maternidades segundo faixa etária. jan 2003 a março de 2004- Sergipe

Faixa Etária	Teste rápido HIV				TOTAL	
	Reagente		Não reagente		nº	%
	nº	%	nº	%		
10-19	2	0,08	2.336	99,9	2.338	100,00
20-29	26	0,53	4.863	99,4	4.889	100,00
30-39	9	0,49	1.802	99,5	1.811	100,00
40 +	2	1,13	175	98,8	177	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>0,42</b>	<b>9.176</b>	<b>99,5</b>	<b>9.215</b>	<b>100,00</b>

$p=0,04$   $\chi^2 = 10,03$

Das 39 parturientes com testes rápido para HIV reagente, 15 (38,4) referiram já haver realizado a sorologia no pré-natal e 24 (61,5) citaram não terem sido submetidas a este exame (Tabela 6).

**Tabela 6** Teste rápido para HIV em parturientes nas maternidades segundo realização do pré-natal, jan 2003 a março de 2004- Sergipe .

Realização de teste HIV na maternidade	Realização do teste HIV no pré-natal							
	realizou		Não realizou		ignorado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Reagente	15	38,4	24	61,5	-	-	39	100,0
Não reagente	2.931	31,8	5.779	62,9	473	5,1	9.176	100,0
<b>Total</b>	<b>2.946</b>	<b>32,0</b>	<b>5.795</b>	<b>63,0</b>	<b>474</b>	<b>5,0</b>	<b>9.215</b>	<b>100,0</b>



Na Tabela 7 estão apresentadas algumas características das parturientes e resultados dos testes segundo maternidade de internamento. A MHFB apresenta, entre as parturientes que lá se internaram, quase metade na faixa etária de 10 a 19 anos 950 (48,4%), diferente das outras duas maternidades (MJF e MSJ) onde prevaleceu a faixa etária de 20 a 29 anos 1308 (51,4) e 2540 (54,3) respectivamente. O teste rápido reagente foi em maior proporção na MHFB 16 (0,8%). Houve também uma maior proporção de parturientes nesta maternidade com informação ignorada quanto à realização do pré-natal 646 (32,9%). A MSJ e MJF apresentaram pequeno percentual de informações ignoradas 7 (0,3) E 122 (2,5) . A MSJ, localizada no município de Itabaiana, recebeu uma maior proporção 2194 (85,9%) de parturientes que referiram não haver realizado a sorologia para HIV no pré-natal.

**Tabela 7** Características das parturientes quanto a idade, informações do pré-natal e testes para HIV, segundo maternidade de internamento em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004.

Variáveis	Maternidade 1		Maternidade 2		Maternidade 3		X <sup>2</sup> valor de p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	<b>1963</b>	<b>21,3</b>	<b>2555</b>	<b>27,7</b>	<b>4697</b>	<b>50,9</b>	
<b>Idade</b>							
10 – 19	950	<b>48,4</b>	679	26,5	1211	25,7	
20 – 29	741	37,8	1308	<b>51,4</b>	2540	<b>54,3</b>	<0,05
30 – 39	241	12,2	508	19,8	862	18,3	
40 e mais	31	1,6	60	2,3	84	1,7	
<b>Teste rápido na maternidade</b>							
Reagente	16	<b>0,8</b>	9	<b>0,4</b>	14	<b>0,3</b>	<0,05
Não reagente	1947	99,2	2546	99,6	4683	99,7	
<b>Pré-natal</b>							
Realizou	1255	<b>63,9</b>	2491	<b>97,5</b>	4478	<b>95,5</b>	
Não realizou	62	3,2	57	2,2	97	2,0	<0,05
Ignorado	646	<b>32,9</b>	7	0,3	122	2,5	
<b>Nº de consultas</b>							
< 6	643	32,7	1449	56,8	1800	38,4	<0,05
>= 6	1320	<b>67,3</b>	1106	<b>43,2</b>	2897	<b>61,6</b>	
<b>Teste HIV no pré-natal</b>							
Realizou	520	26,4	339	13,3	2087	44,4	
Não realizou	1082	<b>55,3</b>	2194	<b>85,9</b>	2519	<b>53,6</b>	<0,05
Ignorado	361	18,3	22	0,8	91	2,0	

Maternidade 1= Hildete Falcão Baptista

Maternidade 2= São José

Maternidade 3= João Firpo

## 5.2 ESTUDO CASO-CONTROLE

Foram entrevistados 39 casos, 117 controles, totalizando 156 parturientes que se internaram nas três maternidades selecionadas.

### 5.2.1 Fatores sócio-demográficos

Percebeu-se na população estudada o predomínio de parturientes com mais de 19 anos. Não houve diferença estatística de idade entre casos e controles [OR= 0,32; (95% IC 0,06 a 1,54)] o que também aconteceu com a escolaridade, mostrando que embora tenha havido uma maior proporção de pessoas com baixa escolaridade entre os casos (35,8%) contra (29,0%) entre os controles, esta não foi estatisticamente significativa [OR= 1,37; (95% IC de 0,59 a 3,14)] (Tabela 8).

Na análise comparativa por tipo de município, não houve diferença entre casos e controles [OR=1,11; 95% IC 0,50 a 2,43)]. Houve uma tendência de predomínio de mães desempregadas entre os controles (64,1%) quando comparadas aos casos (48,7%), embora não tenha sido significante [OR=0,53; (95% IC 0,24 a 1,18)] (Tabela 8).

Observou-se também que ambos os grupos faziam parte da população de baixo nível sócio-econômico de Sergipe, não havendo diferença quanto à percepção de rendimento [OR=1,80; (95% IC 0,81 a 4,04)] (tabela 8).

**Tabela 8** Fatores sócio-demográficos associados com a infecção pelo HIV em parturientes em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004.

Variáveis	casos		controles		OR	95% IC	
	Nº	%	Nº	%			
	39	100,0	117	100,0			
<b>Idade</b>							
< 19	2	5,1	17	14,5	0,32	0,06	1,54
≥ 19	37	94,8	100	84,7			
<b>Escolaridade(anos de estudo)</b>							
Analfabeto até 4 anos	14	35,8	34	29,0	1,37	0,59	3,14
Mais de 4 anos	25	64,0	83	70,3			
<b>Estado Civil</b>							
Casada	23	58,9	84	71,1	0,56	0,25	1,28
Solteira	16	41,0	33	28,2			
<b>Ocupação</b>							
Desempregada	19	48,7	75	64,1	0,53	0,24	1,18
Empregada	20	51,2	42	35,5			
<b>Tipo de Município</b>							
Capital	20	51,3	57	48,7	1,11	0,50	2,43
Interior	19	48,7	60	50,3			
<b>Renda</b>							
Com rendimento	24	61,5	55	46,6	1,80	0,81	4,04
Sem rendimento	15	38,4	62	52,9			

### 5.2.2 Avaliação dos fatores comportamentais

Foram constatadas diferenças estatisticamente significantes nos quesitos sobre sexo com parceiro HIV positivo, uso de drogas e qualidade das informações acerca de como evitar a AIDS. Entre os casos, 10 (26,6 %) das pacientes relataram ter tido contato sexual com indivíduo sabidamente HIV positivo e nenhum dos controles relatou este fato, diante disso, não foi calculada a medida de associação (OR) (Tabela 9).

Quando os casos e controles foram questionados sobre como evitar a AIDS, o grupo controle teve mais respostas consideradas certas que os casos, o que também apresentou diferença estatística significativa [OR= 0,36; (95% IC 0,15 a 0,91)] Tabela 9.

Na análise comparativa, um dos casos e um dos controles relatou fazer sexo por vantagem financeira, havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados, embora tenha sido um único caso. No entanto, do ponto de vista epidemiológico, o n amostral foi pequeno, resultando em pouca precisão [OR= 3,05;(95% IC 1,18 a 49,99)] Tabela 9.

Já na questão que abordava tipo de relação sexual, todos os casos e controles (100%) relataram serem heterossexuais. Os controles apresentaram uma tendência a início mais precoce da relação sexual que os casos, apesar de não ser estatisticamente significante. [OR = 0,89; (95% IC 0,42 a 1,90)] Tabela 9.

Na indagação sobre realização de sexo forçado 7,6 % dos casos responderam afirmativamente, ao passo que nos controles apenas 3,3 %. ( $p= 0,25$ ;  $\chi^2 = 1,27$ ).

Com relação ao número de parceiros sexuais no último ano, os controles apresentaram um número maior que os casos, porém sem diferença estatisticamente significante [OR= 1,40; (95% IC 0,64 a 3,05)] Tabela 9.

**Tabela 9** Fatores comportamentais em parturientes HIV reagentes (casos) e não reagentes (controles) em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004, expressos utilizando o Odds Ratio.

Variáveis	Casos		Controles		OR	95% IC	
	Nº	%	Nº	%			
	39	100,0	117	100,0			
<b>Sexo com parceiro HIV +</b>							
<b>Sim</b>	10	26,6	0	0			
<b>Não</b>	29	74,3	117	100,0	***	***	***
<b>Respostas sobre como evitar a AIDS</b>							
<b>Certas</b>	26	66,6	99	84,0	<b>0,36</b>	<b>0,15</b>	<b>0,91</b>
<b>Erradas</b>	13	33,3	18	16,0			
<b>Fez sexo por vantagem financeira</b>							
<b>Sim</b>	1	2,5	1	0,8	<b>3,05</b>	<b>0,18</b>	<b>49,99</b>
<b>Não</b>	38	97,4	116	99,1			
<b>Início da relação sexual</b>							
<b>&lt; 15 anos</b>	14	35,8	45	38,4	0,89	0,42	1,90
<b>≥ 15 anos</b>	25	64,1	72	61,8			
<b>Números de parceiros sexuais (último ano)</b>							
<b>= 1</b>	27	69,2	72	61,8	1,40	0,64	3,05
<b>&gt;1</b>	12	30,7	45	38,1			

\*\*\*Não foi possível calcular a medida de associação

Quanto ao uso de drogas endovenosas, 3 (7,6 %) dos casos relataram fazer uso no último ano e nos controles (100 %) referiu não fazer uso, diante disso, não foi possível realizar o teste de significância estatística.

Quase metade entre casos e controles [16 (41%) e 54 (46,1%) respectivamente] o motivo do não uso do preservativo foi o de não gostar do mesmo. Outros motivos foram confiança no parceiro [11 (28 %) dos casos e 38 (32,2%) dos controles e a não aceitação por parte do companheiro [3 (7,6 %) dos casos e 14 (11,8 %) dos controles]. Um destaque para o motivo “desejo de ter filho” que foi mais frequente entre os casos 4 (10,2%) que entre os controles 2 (1,6 %). Não acreditava na eficácia do preservativo 5 (12,8%) dos casos e 9

(7,6%) dos controles ( $p = 0,12$ ;  $\chi^2 = 7,24$ ). Apesar do ponto de vista estatístico não serem significante, este dado tem relevância epidemiológica (Tabela 10).

Quanto ao sexo com barreira de proteção, mais da metade dos casos 20 (51,2%) relatou nunca usar preservativo com parceiro fixo, e entre os controles não foi muito diferente 49 (41,5%). Uma pequena parte tanto dos casos como dos controles, 2 (5,1%) e 6 (5,0%) respectivamente, afirmou usar sempre preservativo ( $p = 0,55$ ;  $\chi^2 = 1,19$ ). Apesar de não ser estatisticamente significante, este dado também tem relevância epidemiológica (Tabela 10).

**Tabela 10** Fatores comportamentais em parturientes HIV reagentes (casos) e não reagentes (controles) em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004, expressos utilizando o valor do  $p$  e  $\chi^2$ .

Variáveis	Casos		Controles		P	95% $\chi^2$
	Nº	%	Nº	%		
	39	100,0	117	100,0		
<b>Uso de droga endovenosa</b>						
Sim	3	7,6	0	0	****	****
Não	36	92,3	117	100,0		
<b>Uso de preservativo com parceiro fixo</b>						
Nunca	20	51,2	49	41,5	0,55	1,19
Às vezes	17	43,5	62	52,9		
Sempre	2	5,1	6	5,0		
<b>Motivos de não usar preservativo</b>						
Não gostar	16	41,0	54	46,1	0,12	7,24
Confiar no parceiro	11	28,0	38	32,2		
Parceiro não aceita	3	7,6	14	11,8		
Desejo de ter filho	4	10,2	2	1,6		
Não acredita na eficácia	5	12,8	9	7,6		

\*\*\*\* Não foi possível realizar o teste de significância estatística

### 5.2.3 Informações do pré-natal

Na análise comparativa entre os casos e controles no que tange a realização do pré-natal, houve diferenças estatisticamente significativas, sendo alto o percentual de não realização do pré-natal no grupo de casos [OR= 0,24; (95% IC 0,08 a 0,77)] (Tabela 11).

Outro quesito com diferenças estatísticas significantes foi a realização do teste para HIV no pré-natal, pois as respostas afirmativas foram mais prevalentes entre os controles 86 (73,5%), contra 15 (38,4%) entre os casos [OR= 0,23 ;(95% IC 0,10 a 0,52)] (Tabela 11).

Na pergunta acerca do cartão da gestante, não houve diferença significativa entre os grupos [OR= 0,49; (95% IC 0,12 a 1,93)]. Entre os casos, 36 (92,3%) não portavam o cartão no momento do internamento e entre os controles 100 (84,7%) (Tabela 11).

Um número de consultas no pré-natal acima de 06 prevaleceu no grupo controle 74 (62,7%), contra 20 (51,2%) nos casos, não sendo esta diferença estatisticamente significativa [OR=1,63; (95% IC 0,74 a 3,62)] (Tabela 11).

**Tabela 11** – Característica da atenção pré-natal de parturientes reagentes (casos) e não reagentes (controles) para HIV em Sergipe no período de janeiro de 2003 a março de 2004.

Variáveis	casos		controles		OR	95% IC	
	Nº	%	Nº	%			
	39	100,0	117	100,0			
<b>Realização de pré-natal</b>					<b>0,24</b>	<b>0,08</b>	<b>0,77</b>
Sim	30	74,6	109	93,1			
Não	9	23,1	8	6,7			
<b>Realização do teste HIV no pré-natal</b>					<b>0,23</b>	<b>0,10</b>	<b>0,52</b>
Sim	15	38,4	86	73,5			
Não	24	61,5	31	26,2			
<b>Posse do cartão da gestante</b>					0,49	0,12	1,93
Sim	3	7,6	17	14,5			
Não	36	92,3	100	84,7			
<b>Número de consultas no pré-natal</b>					1,63	0,74	3,62
< 6	19	48,7	43	37,2			
> 6	20	51,2	74	62,7			

## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 ESTUDO DE PREVALÊNCIA**

Apesar das recomendações do Ministério da Saúde quanto ao oferecimento universal da sorologia para HIV no pré-natal, quase 60% das parturientes estudadas com teste rápido reagente, desconheciam sua soropositividade. Entre as que conheciam seu status sorológico muitas não estavam informadas sobre as medidas preventivas para diminuição da transmissão vertical quando do trabalho de parto. Outras ainda, por medo de discriminação, omitiam sua soropositividade na admissão.

Nesta pesquisa, a prevalência do vírus HIV nas parturientes submetidas ao teste rápido foi semelhante à nacional (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2002). Quase metade das parturientes internadas nas três maternidades tinha idade entre 20 e 29 anos, porém quando analisadas apenas aquelas reagentes para o teste rápido, as idades mais prevalentes foram as superiores a 40 anos.

Independente da confecção do teste rápido ou do resultado do mesmo, a abordagem inicial no momento da internação possibilitou a realização de aconselhamento para todas as parturientes e momentos de reflexão sobre medidas preventivas adotadas para a diminuição da transmissão das DST/AIDS, aumentando a percepção do risco, eliminando alguns mitos e estimulando possíveis mudanças de comportamento.

A epidemia do HIV vem avançando progressivamente na população feminina e além dos efeitos negativos sobre esta, traz consigo a possibilidade da transmissão vertical deste vírus, evento duplamente maléfico. Neste contexto, preocupa especialmente a relação verificada entre a baixa escolaridade e não o recebimento de cuidados no pré-natal, uma vez que esta última condição dificulta a realização da maior parte das intervenções para redução da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2000).



O início tardio do pré-natal, após o primeiro trimestre de gestação, também se apresenta como uma barreira para a prevenção da transmissão vertical (MARQUES et al, 2002). No presente estudo, foi observado que 58,8% das parturientes tinham seis ou mais consultas no pré-natal, mas não foi avaliado o período da gestação em que as mesmas foram iniciadas, por haver muitas respostas ignoradas quanto ao início do pré-natal. Nesta situação, muitas vezes não se consegue realizar o diagnóstico antes do parto e mesmo quando isso é feito, as intervenções disponíveis não são tão eficazes como quando iniciadas mais precocemente na gestação ou até mesmo, na pré-concepção. Desta forma, melhorar a cobertura e captar precocemente as gestantes para um pré-natal de qualidade são medidas fundamentais para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

Várias ações foram realizadas com o objetivo de aumentar a captação de gestantes para a realização da sorologia anti HIV. As capacitações dos profissionais da rede pública, as atividades desenvolvidas pelo Projeto Nascer e a melhoria do acesso além da agilização na entrega dos resultados dos exames são alguns exemplos. No município de Aracaju, uma das estratégias foi tornar obrigatória, mediante portaria (ARACAJU, 2002), o oferecimento da sorologia para HIV nas consultas de pré-natal. Todas essas ações aumentaram consideravelmente a captação de gestantes, porém ainda convive-se com números tímidos (32,5%), evidenciados neste estudo.

Para considerar uma cobertura efetiva de sorologia para o HIV na gestação, devem ser englobadas todas as etapas antes do parto (pelo menos uma consulta de pré-natal, pedido de teste de HIV e conhecimento do resultado antes do parto). No Brasil, esta cobertura foi estimada em 52%, existindo desigualdades regionais evidenciadas principalmente na comparação entre as regiões Nordeste (24%) e Sul (72%). Comparando-se a cobertura com grau de escolaridade, foi notório o pequeno percentual entre as analfabetas (19%) contra as que tinham ensino fundamental completo (64%) (SOUZA JUNIOR et al, 2004).

Um dado interessante encontrado neste estudo refere-se à qualidade das informações prestadas pelas maternidades selecionadas. A Maternidade Hildete Falcão Baptista, referência para gestações de risco, inclusive no atendimento de pacientes HIV positivas, apresentou maior percentual de informações ignoradas sobre o pré-natal, nos questionários aplicados. A população que chega a esta maternidade geralmente é referenciada pela atenção básica e pelas outras maternidades do Estado. Estas pacientes, mais frequentemente, realizam seis ou mais consultas no pré-natal, porém metade delas não havia realizado a sorologia para HIV neste período.

Esta instituição é a que conta com melhor estrutura para o atendimento de suas pacientes, oferece curso de residência médica e estágios curriculares, ambos vinculados a UFS (Universidade Federal de Sergipe), o número de funcionários está próximo ao ideal preconizado e a maioria foi capacitada, não justificando a má qualidade das informações colhidas.

Neste estudo houve um pequeno percentual de recusas (3,4%) para realização do teste rápido nas maternidades, porém, todas as mulheres reagentes para HIV aceitaram a medicação profilática prescrita. A maternidade São José, administrada por religiosas, teve um maior percentual de recusas (7,8%), diferentes das demais envolvidas no estudo que apresentaram percentuais em torno de 1,5%. Estas diferenças poderiam ser atribuídas ao menor grau de escolaridade entre as parturientes do interior do Estado e ao perfil do aconselhador.

Nota-se que as recusas estão diretamente relacionadas à qualidade do aconselhamento prestado pelos profissionais de saúde. Paiva et al (2002), relata que “o aconselhamento deve deixar de ser pontual (pós-teste, pós-gravidez) para ser parte de um processo contínuo e adequado a todas as fases da infecção ou da vida do paciente”. Apesar de todo o impacto da AIDS na sociedade, necessita-se ainda de um maior envolvimento por parte dos profissionais de saúde e capacitações direcionadas a estes, focando a sexualidade e protocolos de

assistência às gestantes HIV positivas a fim de que o aconselhamento seja processo contínuo no atendimento. Pesquisa do Ministério da saúde corrobora com esta necessidade (BRASIL, 1999<sub>b</sub>).

Os dados aqui apresentados sugerem que o baixo número de gestantes que foram submetidas ao protocolo ACTG 076 em Sergipe está associado à baixa captação de gestantes infectadas pelo HIV durante o pré-natal. Neste sentido, pelo menos dois fatores podem estar relacionados a esta dificuldade: a qualidade da assistência à saúde da mulher no universo das ações programáticas (planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico) e o acesso aos testes anti HIV.

Um trabalho recentemente publicado sobre cobertura do teste para HIV na gestação em território nacional estabelece que municípios interioranos com menos de 500 mil habitantes apresentaram uma cobertura de apenas 36%, contra 66% para municípios com maior número de habitantes (SOUZA JÚNIOR et al, 2004). Tal fato deve-se provavelmente ao maior desenvolvimento econômico e estrutural destes municípios de grande porte que seguramente propiciam um melhor acesso a exames para gestantes.

A Maternidade São José, localizada no município de Itabaiana, interior de Sergipe, apresentou altas taxas de parturientes que não haviam sido submetidas à sorologia no pré-natal. Vale ressaltar que este município é sede de micro-regiões e possui Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que realiza apenas testes de triagem para HIV, encaminhando os exames confirmatórios para o Laboratório Central de Sergipe (LACEN). Os indivíduos infectados pelo HIV são encaminhados para o Serviço de Referência para AIDS em Aracaju (SAE), único serviço do Estado. Considerando a pauperização da epidemia, até mesmo as regionalizações da estrutura laboratorial, são insuficientes para garantir o acesso a exames e ao tratamento.

Todavia, as principais falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez são o não oferecimento da sorologia e a inadequada qualidade de informação por parte da equipe de saúde. Também é grave o alto percentual de gestantes que tiveram o teste solicitado sem prévio aconselhamento (MARQUES et al, 2002). Prevalece, ainda, entre profissionais de saúde, o desconhecimento das recomendações ministeriais no oferecimento do teste anti-HIV durante o pré-natal. Os estudos relacionam a captação deficiente ao grau de escolaridade e nível sócio-econômico, estes quando baixos comprometem a percepção do risco da infecção pelo HIV (COIMBRA et al, 2003; SOUZA JUNIOR et al, 2004).

Destacam-se também problemas administrativos e de logística que interferem na confecção do teste e na entrega dos resultados, entre os quais pode-se ressaltar a deficiência no suprimento dos kits laboratoriais, centralização excessiva da realização da sorologia, e dificuldades quanto ao envio de amostras e resultados.

A necessidade de ampliar o acesso das gestantes ao diagnóstico da infecção pelo HIV requer que diferentes iniciativas sejam tomadas para aumentar progressivamente a descentralização da testagem e a disponibilização de exames. Outro fato que comprovou esta necessidade foi o estudo realizado em três grandes centros de referência para pacientes portadores do HIV em São Paulo. Das 1068 pacientes estudadas apenas 9% fizeram o teste durante o pré-natal e 1% no pré-parto (PAIVA et al, 2002).

Nesta pesquisa, a decisão de se fazer o teste rápido em todas as parturientes, independente de já terem feito a sorologia no pré-natal, mostrou-se relevante, pois algumas pacientes relatavam a realização da sorologia pré-natal, porém não portavam os resultados no momento da admissão. Outras gestantes com exames negativos para HIV tornaram-se parturientes reagentes ao teste rápido. Nestes casos as mesmas poderiam estar no período de “janela imunológica” ou foram expostas ao vírus após o exame pré-natal, perdendo assim a oportunidade de serem submetidas ao protocolo estabelecido.

Desta forma, os novos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV certamente são instrumentos de grande utilidade para a redução da transmissão vertical do HIV, principalmente devido ao fato de que o período de maior transmissão (entre 50 a 70%) ocorre próximo ao parto ou durante o mesmo ( ROGERS et al, 1989; ROUZIUX et al, 1993; CONNOR et al, 1994).

Várias foram as dificuldades encontradas ao trabalhar com o teste rápido para HIV. Sem dúvida, a implantação de um novo procedimento na rotina de atendimento obstétrico foi a maior delas, pois necessitou de grande e prolongado empenho de uma equipe de facilitadores na capacitação e sensibilização de elevado número de funcionários envolvidos no atendimento às parturientes, além do desdobramento desta mesma equipe nas supervisões das três maternidades selecionadas.

Por parte dos profissionais destas maternidades, o acúmulo de funções decorrente do escasso número de profissionais não impediu o compromisso e o entusiasmo surpreendentes, de alguns, na implantação de um novo protocolo de atendimento. Apesar disso observamos muitas dificuldades quanto a assimilação e incorporação destas novidades na vida profissional de outros. Outra dificuldade, pode ser vista quanto ao fechamento dos fluxos de referência e contra-referência das parturientes HIV positivas, entre a rede básica de saúde, o SAE e as maternidades envolvidas no projeto.

A utilização do teste rápido para HIV neste trabalho, permitiu uma cobertura de testagem de 96,5% entre as parturientes das maternidades selecionadas e também revelou o percentual (32,5%) de parturientes que realizaram a sorologia para HIV durante o pré-natal, números até então desconhecidos em Sergipe. Com esse instrumento, foi possível detectar 23 casos que desconheciam sua soropositividade além de outras duas pacientes que, mesmo sabendo de sua soropositividade, não a referiram no momento do parto.

## **6.2 ESTUDO DE CASO-CONTROLE**

A amostra caracteriza-se por uma homogeneidade evidenciada pela ausência de diferenças estatísticas observadas entre as diversas condições que delimitam o perfil sócio-demográfico dos grupos, o que permite uma confiabilidade na comparação deste estudo, porém esta amostra é representativa apenas para o universo de pacientes atendidas pelo SUS, pois as maternidades que trabalham basicamente com convênios e particulares não foram incluídas no presente trabalho.

A despeito da semelhança dos aspectos sócio-demográficos, observou-se que o grupo de casos realizou pré-natal num menor percentual e quando o fazia participava de menor número de consultas que os controles, tinha menos informações sobre a transmissão do vírus da AIDS, e estas eram de qualidade comprometida. Além disso, este segmento foi exposto sexualmente a indivíduos sabidamente HIV positivo, a sexo forçado e também ao uso de drogas endovenosas.

Uma das dificuldades encontradas na coleta de informações, foi o difícil momento em que estas informações foram colhidas em meio à estranheza de um local desconhecido, a falta do apoio familiar e a dicotomia entre a felicidade do nascimento de um filho e as dificuldades do trabalho de parto junto à ansiedade que envolve o recebimento do resultado do teste.

Nos grupos predominaram parturientes com idade acima de 19 anos, apesar disso prevaleceu baixa escolaridade no grupo de casos. Estudos realizados no Brasil sobre a epidemia da AIDS mostram um início nos estratos sociais de maior escolaridade com progressiva disseminação para estratos de menor escolaridade, caracterizando a pauperização da epidemia (SZWARCOWALD et al, 2000). Pesquisas com adolescentes, grupo de importante exposição, revelam que estes indivíduos quando com cinco ou mais anos de escolaridade são menos propensos a ter a primeira relação sexual neste período de vida, mais propensos a usar

métodos anticoncepcionais e apresentam menores riscos de engravidar (LEITE et al, 2004). Isto sugere uma relação entre escolaridade e uma maior adesão a medidas preventivas, herança provavelmente levada a etapas seguintes da vida do indivíduo, o que seguramente diminui a exposição ao vírus.

É fato que o desejo de procriação, a confiança que surge entre parceiros fixos e o conseqüente menor uso de preservativo, aumenta a exposição das mulheres casadas, como evidenciado em vários trabalhos (PRAÇA et al, 2003; LEITE et al, 2004; SILVEIRA et al, 2002). No entanto, no presente estudo, o número de parceiros no último ano não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que, em comum, apresentaram um alto percentual de parturientes com mais de um parceiro no último ano. Esta questão poderia ser mais bem avaliada comparando-se o número de parceiros sexuais com uso ou não de preservativo.

Estudo realizado com mulheres portadoras do vírus da AIDS sugere a criação tanto pelo poder público quanto pela sociedade civil, de estratégias preventivas voltadas para este segmento da população feminina, levando em conta suas especificidades de gênero e necessidades (VERMELHO et al, 1999). Da mesma forma deve-se pensar que quando se planeja estratégias de atenção integral à saúde da mulher, considere-se a íntima relação entre a transmissão das DST/ AIDS no planejamento familiar em relação à pré-concepção e anticoncepção, sendo ideal o conhecimento do diagnóstico da infecção pelo HIV antes da gravidez. Segundo Carovano (2000), a preocupação com as mulheres em idade reprodutiva vem ocorrendo muito mais em função de suas proles, esquecendo e negligenciando todas as outras facetas da mulher e abordando-as como seres assexuados ou como se sua sexualidade estivesse relacionada apenas à reprodução.

O maior número de empregadas entre os casos quando comparados aos controles podem sugerir uma exposição maior por conta da vida social mais intensa destes indivíduos.

Este fato, portanto, mereceria análise mais profunda. Os percentuais equivalentes entre as que moravam na capital e interior apenas direcionam para a interiorização da epidemia, fato já denunciado por alguns trabalhos (SZWARCOWALD et al, 2000; SERGIPE, 2004).

Na análise dos fatores comportamentais observa-se que, apesar da íntima relação entre transmissão do vírus e heterossexualidade, o uso de drogas endovenosas no presente estudo apresentou percentuais consideráveis entre os casos (7,6%), o que pode ter contribuído para aquisição do vírus por conta de uma menor percepção de risco e capacidade de autoproteção entre os usuários de drogas injetáveis. Esta conclusão merece reticências, pois não houve como determinar quem se apresentou primeiro na vida das entrevistadas, a droga ou o vírus. Esta categoria de transmissão passou a ocupar destaque na epidemia desde a década de 80 perfazendo atualmente 20% dos casos acumulados no País, apontando predomínio desta categoria nas regiões Sul e Sudeste, ficando o Norte e Nordeste caracterizados pela transmissão sexual (SZWARCOWALD et al, 2000).

O que chama a atenção é o percentual de jovens (35,8% dos casos e 38,4% dos controles) que antes dos 15 anos iniciaram sua vida sexual. As características psicológicas dos adolescentes – o desejo inconsciente de provar-se fértil, a auto-afirmação e a sensação de imunidade aos percalços de novas experiências – facilita a compreensão da maior exposição desta faixa etária, mormente associada à baixa escolaridade. Estatísticas do Ministério da Saúde demonstram que em algumas regiões a razão entre sexos nos adolescentes, se inverteu (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2002). O início da relação sexual precoce no Nordeste é mais evidente do que no restante da população brasileira, podendo ser um fato de não proteção (PAIVA et al, 2003). Apesar disso, neste estudo não houve associação entre o início precoce da vida sexual e a contaminação pelo HIV.

Para 70% dos entrevistados o motivo “não gostar” foi a principal razão de não usar preservativo, apesar de conhecer os benefícios. Entende-se que o gosto é passível de educação



e esta afirmação encontra respaldo no trabalho que mostra que o aumento da escolaridade é fator de proteção (FONSECA et al, 2000). Neste aspecto, em particular, as escolas são estratégicas na prevenção da infecção pelo HIV, quando esse tema é discutido junto a outros que dizem respeito ao exercício da sexualidade e nesta junção pode estar a diferença entre apenas conhecer ou “ouvir dizer” sobre os benefícios do uso do preservativo, e por outro lado transformar em verdadeira informação, aquilo que gera mudança de conduta. Pesquisa feita em Uganda (AHMED et al, 2001) em população rural de alta incidência de infecção pelo HIV, demonstrou baixos percentuais (4,4%) no uso do preservativo, principalmente entre mulheres casadas e de baixa escolaridade.

O não usar preservativo por “confiar no parceiro” foi citado por quase um terço dos entrevistados. Além dos motivos já citados, o uso de preservativo com parceiro fixo questiona a fidelidade existente entre parceiros, pois equivocadamente, ainda é sinônimo de desconfiança. Por fim, relações desiguais de gênero e questões relacionadas à fidelidade foram apontadas como fatores que contribuem para disseminação do HIV nas mulheres (VERMELHO et al, 1999; HEBLING E.M.; GUIMARÃES I.R.F., 2000).

O não uso dos preservativos por não acreditar na eficácia foi significativamente maior entre os casos o que reforça a importância da qualidade da informação pois, a despeito da massificação das campanhas para uso deste método, a adesão ainda é baixa (PAIVA et al, 2003).

O “desejo de ter filho” foi a justificativa utilizada por quatro puérperas. Destas, três já eram sabidamente HIV reagentes e a outra era parceira de portador do vírus, portanto, o desejo de ter filho foi maior que o risco por elas percebido quanto à sua própria contaminação e à transmissão vertical, desejo este que se apresentou mais forte entre os casos. Este fato pode encontrar explicação na relação que ainda se faz entre infecção pelo HIV e morte o que

aguçaria o instinto primitivo de perpetuação da espécie, verbalizado algumas vezes por estas pacientes na clínica de referência estadual para pré-natal de pacientes HIV reagentes.

Estudo brasileiro sobre o uso do preservativo entre mulheres foi comparado a outros realizados em países ricos quanto ao uso inconsistente deste método, observando taxas mais baixas entre os menos escolarizados, principalmente quando o parceiro sexual é fixo. Nestes estudos as mulheres declararam menos freqüentemente ter relações sexuais com parceiros eventuais - sete vezes menos - que os homens (PAIVA et al, 2003). Relações com cônjuges e parceiros fixos sem uso de preservativo foram considerados durante muito tempo como situação de baixa exposição, aumentando desta forma a vulnerabilidade deste grupo de pessoas, negligenciado inicialmente nas campanhas publicitárias e pelas ações de saúde. A mudança do perfil epidemiológico obrigou a correção dos rumos na prevenção (SZWARCOWALD et al, 2000).

Quanto ao pré-natal observa-se que o grupo de casos o fez num percentual abaixo da média nacional o que não aconteceu entre os controles (BRASIL, 2003c). A cobertura de pré-natal em Sergipe é de 83,24%. O grupo casos apresentou percentuais abaixo deste, o que não ocorreu com o grupo de controles. Pouco mais da metade das parturientes, com maior percentual entre os controles, fizeram seis ou mais consultas, número considerado como mínimo necessário pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. No entanto e apesar das recomendações quanto ao oferecimento do teste HIV no pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SERAFIM et al, 1999), pouco mais de 1/3 entre os casos foram submetidos a ele e 18 % sequer sabiam referir do que se tratava. Entre os controles quase 2/3 realizaram o teste, produzindo uma diferença estatística importante entre os grupos.

Os dados de cobertura do teste HIV no pré-natal de nosso estado diferem de outra pesquisa (PAIVA et al, 2003) onde no Brasil atingiu-se em 2003 um potencial de testagem

para gestantes de 49,0%. Goldani et al (2003), em seu estudo, relatou uma cobertura de testagem para HIV de 96,7% nas entrevistadas em Porto Alegre.

A qualidade do cartão da gestante complementou a análise da assistência pré-natal prestada às entrevistadas, pois em ambos os grupos a grande maioria das parturientes não portavam o cartão no momento do internamento. Entre os que foram analisados, o não preenchimento ou preenchimento inadequado era a regra.

Pelo descrito, a qualidade do pré-natal foi considerada baixa, e ainda mais comprometida no grupo de casos em todos os quesitos analisados. Esta constatação é uma constante em outros estudos. Um estudo reportou que nas Unidades Básicas de Saúde houve menor fornecimento de informações e quando estas eram dadas, pouco ajudaram a conhecer o risco do HIV para os recém-nascidos e a conseqüente necessidade de tratamento (MARQUES et al, 2002). A partir destes estudos, pode-se concluir que o pré-natal, quando inadequado, não contribui para a redução da transmissão vertical do HIV e que o aconselhamento e oferecimento do teste no momento do parto ainda são imprescindíveis para a prevenção da infecção materno-infantil do HIV.

Neste estudo, as dezesseis parturientes que já eram sabidamente HIV positivas contribuíram para mudança no perfil do grupo de casos, já que estavam sendo acompanhadas no serviço de referência em DST/AIDS e com isto houve redução das diferenças estatísticas entre algumas variáveis, mormente a do pré-natal e número de consultas.

As diferenças concretas e as sutilezas estatísticas de algumas variáveis fazem aparecer, como marca d'água, o perfil para este grupo de casos que têm traços delimitados pela exclusão, falta de informação, comprometimento de sua autonomia, baixa auto-estima e por fim, por uma submissão não tão sutil, quando consideramos o alto índice de mulheres que referiram fazer sexo forçado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados indicam a necessidade de estabelecer medidas voltadas para uma maior cobertura quanto à realização de da sorologia para o HIV na gestação e teste rápido no momento do parto e sugere que os programas de DST/AIDS, Saúde da mulher e saúde da criança e do adolescente devam trabalhar conjuntamente com este fim, orientando e sensibilizando os gestores quanto a investimentos tecnicamente respaldados.

A não detecção da infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil, constitui uma falha das ações programáticas voltadas para a população feminina. A assistência ao parto representa, muitas vezes, a única oportunidade de avaliar o status sorológico destas pacientes, daí a importância da instituição do teste rápido para HIV nas rotinas de atendimento das maternidades.

A população estudada revelou uma alta vulnerabilidade representada por comportamento sexual de risco, escolaridade e nível sócio-econômicos baixos. Estas características populacionais e a íntima relação do tema AIDS com o exercício da sexualidade dificultam a adoção de medidas de prevenção exigindo parcerias. As escolas devem abordar o tema aproveitando a transversalidade do mesmo, que perpassa várias disciplinas curriculares. Nas instituições de saúde a integralidade das ações programáticas requer o trabalho conjunto dos programas afins na abordagem da população assistida.

Os preservativos são as armas mais importantes para o controle da infecção pelo HIV, porém a imagem destes deve ser reformada, pois enquanto prevalecer na população a idéia de ser um mal necessário, haverá sempre baixos índices de usuários. Formas criativas de incentivo ao uso do preservativo poderão, com a ajuda da mídia, aproximá-lo mais do cotidiano das pessoas.

Por fim, medidas de diferentes naturezas devem ser tomadas para que a casualidade não seja o único motivo ou o mais preponderante, para que um determinado indivíduo abandone o grupo dos controles para fazer parte dos casos.

## 8 CONCLUSÃO

» A prevalência do vírus HIV entre parturientes foi de 0,42%;

» Os diferentes fatores de risco encontrados foram:

- Sexo com parceiro HIV positivo relatado somente pelos casos;
- O grupo de casos tinha menor conhecimento sobre as formas de transmissão da AIDS que os controles;
- Os casos relataram ter sexo por vantagem financeira em maior proporção que os controles
- O uso de drogas endovenosas foi relatado apenas pelos casos.
- Apesar da boa cobertura do pré-natal a realização do teste HIV ainda foi baixa entre os casos (38,4%) contra 73,5% dos controles;
- O grupo controle referiu a realização do pré-natal em 93,1% contra 74,6% dos casos;

» Factibilidade do teste rápido

- O teste rápido mostrou ser de fácil uso, viável para o ambiente proposto e de fácil aceitação;
- O problema identificado foi a aquisição deste teste, mas o mesmo será resolvido com a compra centralizada pelo Ministério da Saúde, prevista para o próximo ano.
- O teste rápido para HIV no momento do parto torna-se mais importante pela baixa realização da sorologia no pré-natal.

## 9 SUGESTÕES

- Investimento em captação de mulheres em idade fértil para sorologia do HIV;
- Institucionalização da testagem rápida para HIV nas maternidades do Estado;
- Integralidade das ações de saúde;
- Discussão nas escolas do assunto DST/AIDS e sexualidade como temas transversais pra crianças e adolescentes;
- Criatividade na difusão dos preservativos para obter melhor adesão por parte da população;
- Particularizar as ações de prevenção considerando todas as especificidades regionais, populacionais e de gênero.

## REFERÊNCIAS

AHMED, S et al. HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a população study in Rahai, Uganda. Lippincott - **Williams&wilkins**; vol.15 p.2171-2179, 2001.

ANDERSON, J. R. Transmissão perinatal e HIV: uma história de sucesso que não terminou. **The Hopkins HIV Report**, v. 13, n. 4, p. 5, jul. 2001.

ARACAJU-SE. Brasil. **Portaria Técnica Municipal n. 23**, de 25 de fevereiro de 2002.Recomenda a aquisição e realização dos testes anti-HIV nos conveniados ao Sistema de Saúde que ofertam serviços de pré-natal, 2002.

BERTOLLI, J. et al. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breastfeeding cohort in Kinshasa, Zaire. **Journal Infection Disease**, v. 174, p. 722-726, 1996.

BOBAT, R. et al. Breastfeeding by HIV-1 infected women and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa. **AIDS**, v. 11, n. 13, p. 1627-1633, 1997.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 10, n. 4, 1997.

\_\_\_\_\_. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 12, n. 3, 1999.

\_\_\_\_\_. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 13, n. 1, 2000.

\_\_\_\_\_. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 15, n. 1, 2002.

\_\_\_\_\_. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 17, n. 1, 2003.

\_\_\_\_\_. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 18, n. 1, 2004.

BORGES DE MATTOS et al. Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.**Revista Panamericana de Salud Pública**, vol 14, n 5, p 350-354, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Técnica Ministerial n. 874/97, de 3 de julho de 1997**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 4 jul. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Técnica Ministerial n. 569/2000, de 1 de junho de 2.000**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1 jun. 2.000.

\_\_\_\_\_. **AIDS: recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV**. Brasília, DF, 1999a.



\_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST/AIDS. **Manual de aconselhamento: um desafio para prática integral- Avaliação das ações**. Brasília –DF, 1999b.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST/AIDS- **Manual Técnico de Assistência pré-natal**. Brasília- 2000.

\_\_\_\_\_. **Portaria Técnica ministerial n.º 59**, de 28 de janeiro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. DF, 28 de jan. 2003a.

\_\_\_\_\_. Programa nacional de DST/AIDS. **Os primeiros vinte anos**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> . Acesso em: 20 dez. 2003b.

\_\_\_\_\_. Unidade de assistência e diagnóstico em DST/AIDS. **Testes rápidos: considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação para terapia antiretroviral em situações de emergência**. Brasília. DF. Disponível em: Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udat>> . Acesso em: 20 dez. 2003b.

\_\_\_\_\_. Sistema de informações de Nascidos Vivos (SINASC) **2003c**- Disponível em: <[http:// www.datasus.gov.br/tabnet.htm](http://www.datasus.gov.br/tabnet.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2004.

BUCHALLA, C.M.. **O impacto da AIDS na esperança de vida**. Boletim Epidemiológico AIDS, ano 2002, n. 2. abr./dez., 2002.

BURCHETT S et al. Assessment of maternal plasma viral load as a correlate of vertical transmission. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON RETROVIRUSES AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS, 3., 1996, Washington, DC. **Anais...** Washington, DC, 1996.

BURTON, G. J. et al. Physical breaks in the placental trophoblastic surface: significance in vertical transmission of HIV. **AIDS**, v. 10, n. 11, p. 1294-1295, 1996.

CAROVANO, K. More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women. **International Journal of Health Services**; v. 21, n.1, p. 131-142, 1991.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Prenatal discussion of HIV testing and maternal HIV testing—14 states, 1996—1997**. MMWR, v. 48, p. 401-404, 1999.

\_\_\_\_\_. **Recommendations of the U.S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus** .MMWR, v. 43, p. 1-20, 1994..

\_\_\_\_\_. **Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral and revised recommendations for HIV screening of pregnant women**. MMWR, v. 50, p. 59-86, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Successful implementation of perinatal HIV prevention guidelines**.MMWR, v. 50, p. 17-28, 2001b..

\_\_\_\_\_. **US public health service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing for pregnant women.** *MMWR*, v. 44, p. 1-5, 1995. .

CHERÉ, A. et al. À flor da pele. **Saúde paulista**, UNIFESP, São Paulo, a.2, n. 6, abr-mai-jun.2002. Disponível em:<<http://www.saudepaulista.ipta@midia.epm.br>>. Acesso em: 14 jan.2005.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; MOCHEL, E.G. et al- Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal- **Revista de Saúde Pública** n.37, p.456-62, 2003.

CUNNINGHAM, C.K. et al. Development of Resistance Mutations in Women Receiving Standard Antiretroviral Therapy Who Received Intrapartum Nevirapine to Prevent Perinatal Human Immunodeficiency Virus Type 1 Transmission: A Substudy of Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 316. **Journal Infection Disease**, v. 186 suppl. 2, p. 181-188, 2002.

COLL, O. et al. Vertical HIV-1 transmission correlated with a high maternal viral load at delivery. **Journal Acquired Immunodeficiency Human Retrovirol.**, v. 14, p. 26-30, 1997.

CONNOR, E. M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. **The New England Journal of Medicine**, v. 331, p. 1173-1180, 1994.

DABIS, F.; EKPINI, E.R. HIV-1/AIDS and maternal and child health in África. **The Lancet**, v. 359 p. 2097-2104, 2002.

DICKOVER, R. E. et al. Identification of levels of maternal HIV-1 RNA associated with risk of perinatal transmission: effect of maternal zidovudine treatment on viral load. **JAMA**, v. 275, p. 599-605, 1996.

DUARTE, G.; GONÇALVES, B.- Passado e presente da transmissão vertical do HIV: 1 no Brasil. **Jornal da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, a. 8, n. 2, p. 8-9, 2001.

DUARTE, G. et al. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.**, vol.23, n. 2, p.107-111, 2001

DUNN, D.T. et al. Mode of delivery and vertical transmission of HIV-1: a review of prospective studies. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome.**, v. 7, p. 1064-1066, 1994.

EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY. Caesarean section and the risk of vertical transmission of HIV-1 infection. **The Lancet**, v. 343, p. 1464-1467, 1994.

FONSECA, M. G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, 2000. Suplemento 1.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GARCIA, P. M. et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission: women and infants transmission study group. **The New England Journal of Medicine**. v. 341, n. 6, p. 394-402, Aug. 1999.

GILBERT, L; WALKER, L. HIV/AIDS in south Africa: an overview. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, p. 651-660, 2002.

GOLDANI, M.Z; GIUGLIANI, E.R.J.; SCANLON T, et al. Aconselhamento e testagem voluntária para HIV durante a assistência pré-natal- **Revista de Saúde Pública**; vol.37 p.552-558, 2003.

GOTTILIEB, M.S. AIDS- Past and future. **The New England Journal of Medicine** v. 344, p. 1788-1791, 2001.

GUAY, L. A. et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. **The Lancet**, v. 354, p. 795-802, 1999.

HEBLING, E.M.; GUIMARÃES, I.R.F. - Mulheres e AIDS: relações de gênero e uso do condom com parceiro estável. **Caderno de Saúde Pública**; vol. 20 p.1211-1218, 2004.

JOHN, G.C. et al. Genital shedding of human immunodeficiency virus type-1 DNA during pregnancy: association with immunosuppression, abnormal cervical and vaginal discharge and severe vitamin A deficiency. **Journal Infection Disease**, v. 175, n. 1, p. 57-62, 1997.

KALISH, L.A. et al. Defining the time of fetal or perinatal acquisition of human immunodeficiency virus type 1 on the basis of age at first positive culture. **Journal Infection Disease**, v. 175, p. 712-715, 1997.

KIND, C. et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective cesarean section and zidovudine prophylaxis. **AIDS**, v. 12, p. 205-10, 1998.

KUHN, L. et al. Cesarean deliveries and maternal-infant HIV transmission: results from a prospective study in South Africa. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirol.**, v. 11, p. 478-483, 1996.

LALLEMANT, M. et al. Perinatal HIV prevention trial group, Thailand. Perinatal HIV Prevention Trial (PHPT), Thailand: DSMB recommends termination of short-short arm after first interim analysis. In: CONFERENCE ON GLOBAL STRATEGIES FOR THE PREVENTION OF HIV TRANSMISSION FROM MOTHERS TO INFANTS, 2., 1999, Montreal. **Program and Abstracts...** Montreal, 1999.

LEITE, I.C.; RODRIGUES, R.N.; FONSECA, M.C.. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**; vol.20 p.474-481, 2004.

LELAND, D.S. **Journal Clinical of Virology**. Philadelphia, Pensilvânia: SAUNDERS, 1996.

LEROY, V. et al. Effect of HIV-1 infection on pregnancy outcome in women in Kigali, Rwanda, 1992-1994. **AIDS**, v. 12, n. 6, p. 643-650, 1998.

LINDEGREN, M. L. et al. Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. **JAMA**, v. 282, p. 531-538, 1999.

LOUSSERT-AJAKA, I. et al. HIV-1 detection in cervicovaginal secretions during pregnancy. **AIDS**, v. 11, n. 13, p. 1575-1581, 1997.

MANDELROT, L. et al. Obstetrics factors and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohorts. **American Journal Obstetric Gynecology**, v. 175, p. 661-667, 1996.

MANDELROT, L. et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French perinatal cohort. **JAMA**, v. 280, p. 55-60, 1998.

MARQUES, H.H.S. et al. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 385-392, 2002.

MAYAUX, M.J. et al. Maternal viral load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohort studies. **Journal Infection Disease**, v. 175, p. 172-175, 1997.

MEDA, N. et al. Serological diagnosis of human immuno-deficiency virus in Burkina Faso: reliable, practical strategies using less expensive commercial test kits. **Bulletin of the World Health Organization**, 1999.

MINKOFF, H. et al. The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. **American Journal Obstetric Gynecology**, v. 173, p. 585-589, 1995.

MOCK, P. A. et al. Maternal viral load and timing of mother-to-child HIV transmission, Bangkok, Thailand. **AIDS**, v. 13, n. 3, p. 407-414, 1999.

MOFENSON, L. M. - Mother-child HIV-1 transmission: timing and determinants. **Obstetr. Gynecol. Clin. North Am.**, v. 24, n. 4, p. 759-784, 1997.

MOFENSON, L. M.; MCLNTYRE, J. A. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. **Lancet**, v. 355, p. 2237-2244, 2000.

NDUATI, R. et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomised clinical trial. **JAMA**, v. 283, p. 1167-1174, 2000.

NEWELL, M.L.; GRAY, G.; BRYSON, Y. J. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 infection. **AIDS**, v. 11, p. 165-172, 1997. Supplement A.

O'SHEA, S. et al. Maternal viral load, CD4 cell count and vertical transmission of HIV-1. **Journal of Medicine Virology**, v. 54, n. 2, p. 113-117, 1998.

PAIVA, V. et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, suppl. 6, p. 1609-1620, 2002.

PAIVA, V. et al. Comportamento Sexual da População Brasileira Sexualmente Ativa – **Pesquisa Nacional MS/IBOPE**; Ministério da Saúde. Brasil 2003. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acessado em 9-10-2004.

PEREZ, F. et al. Prevention of mother to child transmission of HIV: evaluatio pilot programme in a district hospital in rurl Zimbabwe. **BMJ**, v. 329, p.1147-1150, 2004.

PHILI, R.; VARDAS, E. Evolution of a rapid human immunodeficiency virus test at two community clinics in Kwazulu-Natal. **South African Medical Journal**, v 92, n.10, p.818-821, 2002.

PIOT, P. et al. **AIDS na África: manual para médicos**. Genebra, Suíça,: OMS 1994.

PRAÇA, N.S.; LATORRE, M.R.D.O.; HEARST, N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. **Revista de Saúde Pública**; vol.37, p.543-51, 2003.

READ, J. For The International Perinatal HIV Group: the mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type-1: a meta analysis of 15 prospective cohort studies. *The New England Journal of Medicine*, v. 340, p. 977-87, 1999.

RIVAS, J.J.L.; LEMOS, L.M.D. Prevalência de sífilis em parturientes em uma maternidade de Aracaju-SE. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST. DST5 V CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST E AIDS- I CONGRESSO BRASILEIRO DE AIDS, 5., 2004, Recife. **Anais...**Recife: Usina Multimídia, 2004. 1 CD-ROM.

RODRIGUES, P.S. et al. Detecção de Anticorpos Anti-HIV 1+2. **Revista Laes<sup>&</sup> Haes**, n.103, p. 12-15, 1996.

ROGERS, MF; OU C-Y; RAYFIELD, M. et al. Use of the polymerase chain reaction for early detection of the proviral sequences of human immunodeficiency virus in infants born to seropositive mothers. **The New England Journal of Medicine**; v. 320, p.1649-54, 1989.

ROUZIOUX, C. et al. The HIV Infection in Newborns French Collaborative Study Groups: estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Markov model. **American Journal of Epidemiology**, v. 142, n. 12, p. 1330-1337, 1995.

RUBINI, N. P. M et al. HIV 1 vertical transmission in Rio de Janeiro: rate and risk factors. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11.,1996, Vancouver. **Abstracts...** Vancouver, 1996. V..1. p. 363.

SABA, J. On behalf of the PETRA Trial Study Team: efficacy of three short-course regimes of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **The Lancet**, v. 359, p. 1178-1186, Apr. 2002.

SANTOS, V.L.; SANTOS, C.E. **Guia de saúde do adolescente e do jovem**. Brasília, DF Ministério da Saúde: v.1, p. 303, 1999.

SEPKOWITZ, K.A. AIDS- The first 20 years. **The New England Journal of Medicine**. v. 344, p. 1764-1772, 2001.

SERAFIM D; FIGUEIRAS SL; DESLANDES SF; CAMPOS RLB- **Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde- avaliação das ações- Brasília –DF, Ministério da Saúde-1999**

SERGIPE. Secretaria Estadual de Saúde. **Estatísticas de AIDS em Sergipe**. Aracaju, 2004.

SHAFFER, N. et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 353, p. 773-780, 1999.

SHILTS, R- **The band played on: politics, people and the AIDS epidemic, 1987-1988**. Tonewall inn Editions, vol.1, Califórnia ,1988.

SILVEIRA, M.F et al. Factors associated with risk behaviors for sexually transmitted disease/AIDS among urban Brazilian women: a population-based study. **Sexual transmission Disease** , v. 29, p. 536-541, 2002.

SOUZA JUNIOR, P.R.B. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, suppl. 6, p. 764-72, 2004.

SPERLING, R. S. et al. Maternal plasma HIV-1 RNA and the success of zidovudine (ZDV) in the prevention of mother-to-child transmission. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON RETROVIRUSES AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS, 3., 1996, Washington, DC. **Abstract...** Washington: International Conference..., 1996.

ST LOUIS, M. E. et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic and placental factors. **JAMA**, v. 169, p. 2853-2859, 1993.

STEINBROOK, R. Preventing HIV Infection in Children. **The New England Journal of Medicine** 346, p.1842-1843, 2002.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1986-1996: uma análise espacial- **Cadernos de Saúde Pública**; v. 16, suppl.1, p.7-19, 2000.

SZWARCWALD, C. L.; CARVALHO, M. F. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. **Boletim Epidemiológico -AIDS**, a. 14, n. 1, jan./mar. 2001.

SZUARCWALD, C.L.; JUNIOR, A.B.; FONSECA, M.G.P. Estimativa do número de crianças (0-14 anos) infectadas pelo HIV, Brasil. **Boletim Epidemiológico -AIDS**, a. 14, n.3, set. 2001.

TESS, B. H. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. **São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. AIDS**, v. 12, p. 513-520, 1998.

THE INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. **The New England Journal of Medicine**, v. 340, p. 977-987, 1999.

THEA, D. M. et al. The effect of maternal viral load on the risk of perinatal transmission of HIV-1. **Journal Infection Disease.**, v. 175, p. 707-711, 1997.

TRINDADE, T.C. et al. Frequência de Bandas Específicas Virais por Western Blot em 31 pacientes soro Conversores para HIV. **Revista Newslab**, n. 38, 2000.

UNITED NATIONS JOINT PROGRAM ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Report on the global epidemic**. December 2003. Geneva.UNAIDS,2003.

VAYSSIERE, C; DU MAZAUBRUN, C; BREART, G. Human immunodeficiency virus screening among pregnant women in France: results from the 1995 national perinatal survey. **American Journal Obstetric Gynecology**, v. 180, p. 564-70, 1999.

VELOSO, V. G.; VASCONCELOS, A. L.; GRINSZTEJN, B. Prevenção da transmissão Vertical no Brasil. **Boletim Epidemiológico – AIDS**, a. 12, p. 16-23, 1999.

VERMELHO, L.L.; SILVA, L. P.; COSTA, A. J. L. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Boletim Epidemiológico - AIDS**, ano 12, 1999.

VERMELHO, L.L.; BARBOSA, R.H.S.; NOGUEIRA, S.A.- Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. **Cadernos de Saúde Pública**; v.15, p. 369-979, 1999.

VERONESI, R; FOCACCIA, R; LOMAR, AV. **Retrovíruses humanas: HIV/AIDS**, São Paulo, SP: Atheneu, 1999.

WADE, N. et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. **The New England Journal of Medicine**, v. 339, p. 1409-1414, 1998.

WIKTOR, S. Z. et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomized trial. **The Lancet**, v. 353, p. 781-785, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- **HIV in pregnancy: a review**. Geneva: Switzerland, 1999.

\_\_\_\_\_. **AIDS epidemic update: december 2001**. Geneva: Switzerland, 2001.

\_\_\_\_\_. **AIDS epidemic update: december 2002**. Geneva: Switzerland, 2002. \_\_\_\_\_. **AIDS epidemic update: december 2002**. Geneva: Switzerland, 2002.

\_\_\_\_\_. **AIDS epidemic update: december 2004**. - Geneva: Switzerland, 2004.

**APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido**

Estamos fazendo um estudo sobre a ocorrência do vírus HIV nas parturientes. Como devem saber, já é rotina que toda gestante deve realizar o teste para HIV (vírus da AIDS) durante a gestação, juntamente com os outros exames realizados no pré-natal, para prevenção da transmissão deste vírus para seu bebê, independente se é solteira, casada ou do número de parceiros sexuais que teve.

Este trabalho não possui fins lucrativos e todas as informações serão confidenciais de modo que os nomes da senhora ou de seu filho não aparecerão em nenhum relatório ou artigo.

Qualquer que seja o resultado, só a senhora saberá e fica a seu critério comunicar aos parentes.

Desde já agradecemos a sua colaboração voluntária

Nome: \_\_\_\_\_

Aracaju, -----de -----de 200—

\_\_\_\_\_  
Assinatura da parturiente





## APÊNDICE C- Registro utilizado para coleta de dados do estudo caso-controle

### QUESTIONÁRIO CASO-CONTROLE DE GESTANTE

NÚMERO: \_\_\_\_\_

( ) caso ( ) controle

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Maternidade: ( ) Hildete Falção ( ) João Firpo ( ) São José ( ) Sta Helena

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ data de nascimento: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) separada ( ) união estável ( ) outra

Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) 1-4ª série ( ) 5ª - 8ª série ( ) 2ª grau completo  
( ) 2ª grau incompleto ( ) superior ( ) ignorado

**Anos de estudo**

( ) nenhum ( ) 1 a 3 anos ( ) 4 a 7 anos ( ) 8 a 11 anos  
( ) 12 a mais ( ) ignorado

Ocupação: \_\_\_\_\_

Ocupação do parceiro: \_\_\_\_\_

Município de residência: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Telefone pessoal: \_\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_\_

Outro contato: \_\_\_\_\_

### II- AVALIAÇÃO DE RISCO:

1- Idade de início da relação sexual: \_\_\_\_\_

2- Relações sexuais:  
( ) só com homens  
( ) com homens e mulheres  
( ) ignorado

3- Já fez sexo por vantagem financeira  
( ) sim ( ) não ( ) não respondeu

4- Já foi forçada a fazer sexo?

sim  não  não respondeu Se sim, por quem? \_\_\_\_\_

5- Número de parceiros sexuais no último ano

um  2-4  5-10  11-50  mais de 50  não informado

6- Relações sexuais com indivíduo sabidamente HIV positivo:

sim  não  ignorado

7- Informação sobre a parceria sexual:

- com parceiro fixo  
 paciente com múltiplos parceiros  
 parceiro com múltiplos parceiros  
 parceiro que mantém relações sexuais com homens e mulheres  
 parceiro que usa droga injetável  
 parceiro que recebeu transfusão de sangue

8- Uso de droga injetável nos últimos 5 anos:

sim  não  ignorado

9- Hemofilia:

sim  não  ignorado

10- História de transfusão de sangue nos últimos 5 anos:

sim  não  ignorado

11- Uso de preservativo com parceiro fixo

sempre  nunca  às vezes  não informado

12- Uso de preservativo com parceiro não fixo:

sempre  nunca  às vezes  não informado

13- Motivos para não usar preservativo:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> não gostar                      | <input type="checkbox"/> não tinha consciência              |
| <input type="checkbox"/> não acredita na eficácia        | <input type="checkbox"/> desejo de ter filho                |
| <input type="checkbox"/> não sabe usar                   | <input type="checkbox"/> não deu tempo (tesão)              |
| <input type="checkbox"/> não dispunha no momento         | <input type="checkbox"/> não tem condições de comprar       |
| <input type="checkbox"/> uso de drogas/álcool            | <input type="checkbox"/> tamanho do preservativo (peq./gde) |
| <input type="checkbox"/> não consegue negociar           | <input type="checkbox"/> disfunção sexual                   |
| <input type="checkbox"/> acha que não vai pegar          | <input type="checkbox"/> estupro/violência                  |
| <input type="checkbox"/> negociou não usar preservativo  | <input type="checkbox"/> não dispunha no momento            |
| <input type="checkbox"/> confia no parceiro              | <input type="checkbox"/> não informado                      |
| <input type="checkbox"/> parceiro não aceita             | <input type="checkbox"/> outros                             |
| <input type="checkbox"/> achou que o outro não tinha HIV |   |

14- Já ouviu falar da AIDS?

\_\_\_\_\_

## 15- SABE COMO SE EVITAR A AIDS?

<input type="checkbox"/> usando preservativo	<input type="checkbox"/> não compartilhando seringa
<input type="checkbox"/> tendo um único parceiro	<input type="checkbox"/> recebendo sangue testado
<input type="checkbox"/> sendo casada	<input type="checkbox"/> outros
<input type="checkbox"/> não amamentando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tomando remédio	<input type="checkbox"/>

## 16- ACHA QUE CORRIA RISCO DE PEGAR AIDS? PORQUÊ?

---



---

**III- DADOS DO PRÉ-NATAL:**1- Fez pré-natal?  sim  não  ignorado – local de realização: \_\_\_\_\_

2- Data da primeira consulta no pré-natal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3- Foi no \_\_\_\_\_° mês.  SUS  PARTICULAR  CONVÊNIO

4- Quantas consultas no pré-natal a senhora fez? \_\_\_\_\_

5- Tem cartão da gestante?  
 sim  não  está em casa6- Fez exame de sífilis no pré-natal?  
 sim  não  não sabe7- Repetiu algum?  
 sim  não  não sabe  ignorado9- Fez exame para HIV no pré-natal:  
 sim  não  não sabe  ignorado10- Resultado:  positivo  negativo  não sabe

11- Se positivo:

a- tem alguns sintomas:  sim  não  não sabeb- fez profilaxia no pré-natal:  sim  não  não sabe

12- Se sim, com quantos meses de gestação iniciou? ( ) meses ( ) não sabe

17- Se não, quais foram os motivos:

- não realização do teste HIV     anti-retroviral não oferecido  
 atraso no resultado do teste     em uso de antiretroviral para tratamento  
 anti-retroviral não disponível

**IV- DADOS DO PARTO:**1- PARTO:  normal  cesáreo  abortamento

2- Data do parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3- Idade gestacional: \_\_\_\_ semanas

## 4- TEMPO DE RUPTURA DAS MEMBRANAS:

- menor que 4 horas  
 maior de 4 horas  
 não se aplica  
 ignorado

## 5- GESTAÇÃO MÚLTIPLA: ( ) sim ( ) não

## 6- FEZ USO DE ANTI-RETROVIRAL DURANTE O PARTO:

- sim     não     não se aplica     ignorado

## 8- SE NÃO, QUAL O MOTIVO?

<input type="checkbox"/> parto em trânsito	<input type="checkbox"/> O teste não foi oferecido no pré-parto
<input type="checkbox"/> chegou em período expulsio	<input type="checkbox"/> Não aceitou fazer no pré-parto
<input type="checkbox"/> fez o teste somente no pós-parto	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> não tinha medicação disponível	<input type="checkbox"/> outros

## 9- INÍCIO DE PROFILAXIA DA CRIANÇA (horas)

- nas primeiras 2 horas     nas primeiras 24 horas     após 24 horas     não realizado

## 10- SE NÃO, QUAL O MOTIVO?

---

## 11- RESULTADO DO VDRL NA MATERNIDADE:

- reagente     não reagente     não realizado     ignorado

## 12- FEZ TRATAMENTO NA MATERNIDADE:

- sim     não     ignorado

**V- DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS:**

## 1- SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

- Empregado  
 Desempregado  
 Em auxílio desemprego  
 Autônomo  
 Em auxílio doença  
 Aposentado por \_\_\_\_\_

## 2- SITUAÇÃO HABITACIONAL

- casa  
 vila  
 apartamento  
 favela  
 outros  
 nº de cômodos  
 outros

## 3- CONDIÇÕES DE MORADIA

- própria  
 em aquisição  
 cedida  
 alugada  
 invadida  
 outros

## 4- INFRA-ESTRUTURA

- água encanada
- fosso
- luz elétrica
- esgoto
- outros

## 5- SITUAÇÃO FAMILIAR

- reside com família
- número de pessoas na moradia incluindo você
- reside sozinho
- reside com amigos

## 6- SITUAÇÃO ECONÔMICA

- sem rendimento
- de um a 2 salários mínimos
- de 02 a 05 salários mínimos
- mais de 5 salários mínimos

## 7- RENDA PER CAPTA DA FAMÍLIA

- sem rendimento
- de um a 2 salários mínimos
- de 02 a 05 salários mínimos
- mais de 5 salários mínimos

## ANEXO A- Recomendações sobre via de parto do protocolo ACTG A76

### Via de Parto – Critérios para sua escolha

Cenários			Recomendações
Carga Viral		Idade Gestacional (na ocasião da aferição)	
1	≥ 1.000 cópias/ml ou desconhecida <sup>(A)</sup>	≥ 34 semanas	Parto por operação cesariana eletiva* <sup>(B)</sup>
2	< 1.000 cópias/ml ou indetectável	≥ 34 semanas	Parto vaginal <sup>(C)</sup>

**\* Operação cesariana eletiva significa aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras.**

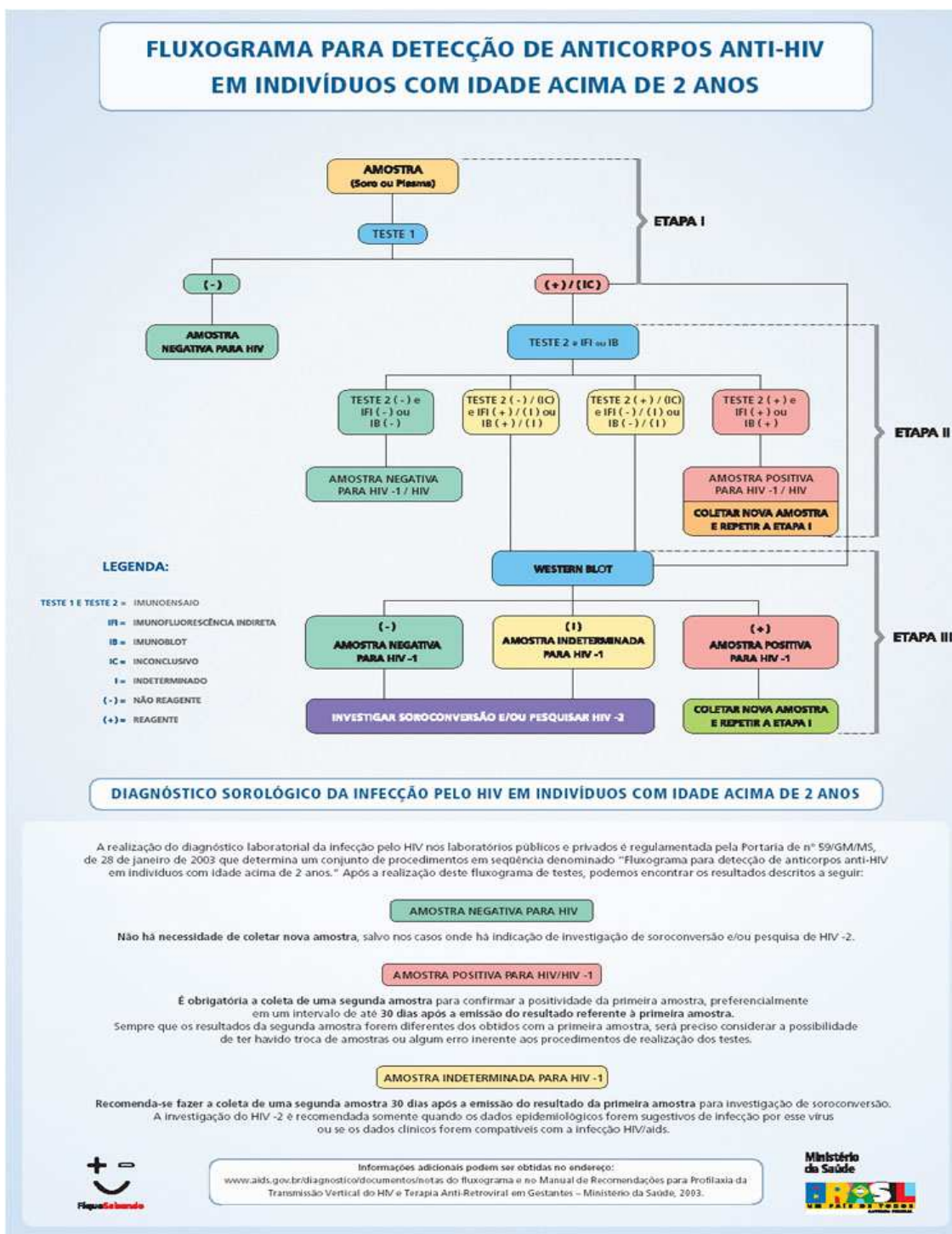
<sup>(A)</sup> Para efeito de indicação da via de parto, considerar também carga viral desconhecida, aquela que tenha sido aferida antes da 34<sup>a</sup> semana de gestação.

<sup>(B)</sup> Nesse grupo de mulheres, mesmo tendo o trabalho de parto iniciado, a operação cesariana deverá ser a via de parto de escolha desde que esteja a dilatação cervical em até 3 a 4 cm e as membranas amnióticas íntegras.

<sup>(C)</sup> O parto por operação cesariana, nesse grupo de mulheres, só se aplica quando houver indicação obstétrica.

**Obs:** Após cuidadosa avaliação pelo obstetra e pelo clínico/infectologista que acompanham a mulher, recomenda-se que os serviços tenham por regra, informar e avaliar, conjuntamente com a paciente, os riscos/benefícios da via de parto recomendada; Do ponto de vista clínico, na rotina de acompanhamento da gestante HIV+ deverão ser incluídos exames para o monitoramento da situação imunológica (contagem do nº de linfócitos CD4 ) e virológica (quantificação da carga viral), realizados no início do pré-natal e pelo menos no período próximo ao parto (34<sup>a</sup> semana), com o objetivo de definir, entre outras coisas, a via de parto.

## ANEXO B – Exemplo do fluxograma para realização da sorologia anti-HIV





## ANEXO C- Recomendações sobre quimioprofilaxia segundo protocolo ACTG 076

### Terapia e Condutas profiláticas da transmissão vertical do HIV

#### ESQUEMAS E DOSES DA QUIMIOPROFILAXIA COM AZT

##### **POSOLOGIA DO AZT INTRA-VENOSO NA PARTURIENTE**

(PACTG 076/Consenso MS, 2001)

▶ Administrar à parturiente AZT IV, desde o início do trabalho de parto até o clameamento do cordão umbilical

- ◆ Iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado
- ◆ Dose : 2 mg /Kg na primeira hora, seguida por infusão contínua com 1 mg /kg/ hora
- ◆ Retirar após a ligadura do cordão umbilical
- ◆ Apresentação: - frasco-ampola de 200 mg com 20 ml , ou seja, concentração de 10 mg/ ml)

##### **Preparação do AZT Para Infusão Intravenosa em 100ml de Solução Glicosada a 5%**

	Peso da Paciente	40 kg	50 kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	90 Kg
<b>ATAQUE</b> 2 mg /Kg Correr na 1ª hora	Quantidade de AZT	8 ml	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml	18 ml
	Nº de gotas por minuto	36 gts/min	37 gts/min	37 gts/min	38 gts/min	39 gts/min	39 gts/min
<b>MANUTENÇÃO</b> 1 mg/ Kg/ hora Infusão contínua	Quantidade de AZT	4 ml	5 ml	6 ml	7 ml	8 ml	9 ml
	Nº de gotas por minuto	35 gts/min	35 gts/min	35 gts/min	36 gts/min	36 gts/min	36 gts/min

##### **Preparação de AZT para uso em bomba de infusão**

Soro Glicosado 5% -- 180mL

AZT ----- 20mL

##### **AZT ORAL**

**Esquema Alternativo: Recomendado em Situações de Não Disponibilidade do AZT Ampola durante o Trabalho de Parto / Momento do Parto.**

**ANEXO D- Declaração do comitê de ética aprovando o projeto de pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR**  
**Rua Cláudio Batista S/N-Didática V-Bairro Sanatório**  
**CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone:(79) 218-1783 Fax:(79) 218-1739**  
**e-mail: [cep.hu.ufs@bol.com.br](mailto:cep.hu.ufs@bol.com.br)**

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa **“ESTUDO DE PREVALÊNCIA DO VÍRUS HIV ATRAVÉS DO TESTE RÁPIDO NAS PARTURIENTES DA CIDADE DE ARACAJU E ITABAIANA”**, sob a orientação da **Enfermeira Lígia Mara Dolce de Lemos**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe-CEP/HU/UFS.

Aracaju, 03 de dezembro de 2002.

  
Prof. Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira  
Coordenador CEP/HU/UFS

## ANEXO E- Ficha de notificação de AIDS para maiores de 13 anos

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS ( Pacientes com 13 anos ou mais )				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2- Individual		
	2 Data da Notificação			
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Dados do Caso	5 Agravamento	AIDS	Código (CID10) B 2 4	
	6 Data do Diagnóstico			
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	16 Número	
	17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF	
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
	<b>Dados Complementares do Caso</b>			
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário	27 Ocupação		
	28 Relações sexuais 1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	29 Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	30 Nº aproximado de parceiros com quem teve relações sexuais nos últimos 10 anos			
	31 Informação sobre o parceiro(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		32 Uso de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que mantém relações bissexuais		<input type="checkbox"/> Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de drogas injetáveis			
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que recebeu transfusão de sangue/derivados/hemofilia			
	História de transfusão de sangue/derivados:			
	34 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/Aids, a transfusão foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não			
	35 Data da transfusão	36 UF	37 Município onde foi realizada a transfusão	
38 Instituição onde foi realizada a transfusão.				
39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado		40 Acidente com material biológico com soroconversão após 6 meses 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004

SVS 13/02/04

Dados Clínicos	<p><b>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas</b> 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*</p> <p><input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermite persistente (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*</p> <p><input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como etiologia</i></p>		
	<p><b>42 Critério CDC adaptado</b> 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas</p> <p><input type="checkbox"/> Candidose (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão) <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro</p> <p><input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase.</p> <p><input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i></p> <p><input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo &gt; 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal. <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente)</p> <p><input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica</p> <p><input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva</p>		
Dados do Laboratório	<p><b>43 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV</b> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Teste de triagem (1º Teste) <input type="checkbox"/> Teste confirmatório</p> <p><input type="checkbox"/> Teste de triagem (2º Teste)</p>	<p><b>44 Data de evidência laboratorial do HIV</b></p> <p>_____</p>	<p><b>45 Contagem de Linfócitos CD4+</b></p> <p>_____</p>
	<p><b>Trat.</b></p> <p><b>46 UF:</b> _____ <b>47 Município onde se realiza o tratamento</b> _____ <b>48 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento</b> _____</p>		
Evolução	<p><b>49 Situação atual</b> 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p><b>50 Data do Óbito</b></p> <p>_____</p>	
Critério Experiencial	<p><b>51 Critério óbito</b> - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação</p> <p>1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/></p>		
Investigador	<p><b>52 Nome</b> _____</p>		<p><b>53 Função</b> _____</p>
	<p><b>54 Assinatura</b> _____</p>		
Instruções para Preenchimento da Ficha	<p>As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data de evidência laboratorial do HIV.</p> <p>8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.</p> <p>9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente.</p> <p>12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.</p> <p>28-30- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parceria classificada no item 31. Na ausência de informação preencher com ignorado. No campo 39 para preenchimento da categoria "não se aplica" observar intervalo de tempo entre o registro do 1º caso em mulheres e data de diagnóstico.</p> <p>41-42 e 51 - Somente para casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:</p> <p>a) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 41), e/ou</p> <p>b) Evidência laboratorial(**) de infecção pelo HIV e presença de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência do critério CDC adaptado (campo 42) e/ou contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou</p> <p>c) Declaração de Óbito com menção de Aids/SIDA ou infecção pelo HIV, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios de definição de caso de aids.</p> <p>(*)evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 43): Reatividade em 2 testes de triagem ou em 1 teste confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV. Os testes mais comuns são: Triagem: ELISA, EIA, MEIA e quimioluminescência; Confirmatórios: Western Blot, imunofluorescência indireta, imunoblot e testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR e NASBA).</p>		
<p>Obs: Esta ficha deve ser utilizada para _____</p> <p>_____</p>			

## ANEXO F- Ficha de notificação de gestante HIV positiva e criança exposta

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISGHIV SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTANTE HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS		Nº					
FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2- Individual			2	Data da Notificação			
	3	Município de Notificação			Código (IBGE)				
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código				
Dados do Caso	5	Agravos <b>GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS</b>			Código (CID10) <b>Z 21</b>	6	Data do Diagnóstico		
	7	Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta			8	Data de Nascimento			
	9	Idade D - dias M - meses A - anos	10	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			
	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Ignorado							
Dados de Residência	13	Número do Cartão SUS			14	Nome da mãe			
	15	Logradouro (rua, avenida,...)			Código	16		Número	
	17	Complemento (apto., casa, ...)			18	Ponto de Referência			
	19	UF							
	20	Município de Residência			Código (IBGE)	Distrito			
	21	Bairro			Código (IBGE)	22		CEP	
	23	(DDD) Telefone		24	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado		25	País (se residente fora do Brasil) Código	
<b>Dados Complementares do Caso</b>									
HIV	26	Evidência laboratorial do HIV: 1 - Teste rápido reagente 2 - Teste definitivo reagente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Antes do pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o parto <input type="checkbox"/> Após o parto							
Categoria de Exposição da	27	Informações sobre a parceria sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS <input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido <input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico							
	28	Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			29	História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	30	Acidente com material biológico com posterior soroc conversão <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado			31	Transmissão Vertical <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado			
<b>Pré-Natal</b>									
Dados Pré-Natal	32	Município de realização do Pré-Natal			Código	33	Unidade de realização do pré-natal: Código		
	34	Nº da Gestante no SISPRENATAL		35	Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal: semanas		36	Data provável do parto:	
	37	Caso confirmado de aids: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			38	Em uso de anti-retrovirais para tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	39	Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início semanas							
	40	Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Não realização do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não disponível <input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não oferecido <input type="checkbox"/> Recusa da gestante <input type="checkbox"/> Em uso anti-retroviral para tratamento Outros motivos: _____							

Gestante HIV +

CENEPI 03.1 04/06/01

Parto					
Dados Parto	41 Município do local do parto	Código	42 Local de realização do parto:	Código	
	43 Data do parto:		44 Idade gestacional:	<input type="checkbox"/> semanas	
	45 Fez pré-natal ?	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	46 Se sim, nº consultas:		
	47 Município de realização do pré-natal	Código	48 Unidade pré-natal	Código	
	49 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 00 - não usou 99 - ignorado			
	50 Tempo de ruptura das membranas (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	51 Evolução da gravidez:	<input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Cesáreo 3 - Aborto	52 Gestação múltipla:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	
	53 Fez uso de anti-retroviral durante o parto:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	54 Óbito materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	55 Criança:	<input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica	
	56 Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado			
Criança					
Dados Criança	57 Município da unidade de acompanhamento	Código	58 Unidade de acompanhamento da criança:	Código	
	59 Nome da criança:		60 Data de nascimento		
	61 Sexo:	M - Masculino F - Feminino 1 - ignorado	62 Município do local de parto	Código	63 Local de nascimento (Unidade de Saúde):
	64 Aleitamento materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	65 Se sim, tempo (dias):		
	66 Aleitamento cruzado:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	67 Se sim, tempo (dias):		
	68 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - ignorado			
	69 Utilizou outro anti-retroviral:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	Dados laboratoriais:		Data da coleta	Resultado	
	70 Carga viral (1ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	
	71 Carga viral (2ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	
72 Carga viral (3ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável		
73 Sorologia anti-HIV aos 24 meses	Data da coleta	<input type="checkbox"/> 1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado			
Conclusão	74 Encerramento do caso	<input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito			
	75 Se óbito, data:				
	76 Causa do óbito relacionada à aids:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado			
77 Responsável pelo preenchimento:		78 Data:			

Gestante HIV +

CENEPI 03.1 04/06/01

## ANEXO G- Ficha de atendimento do Centro de testagem e aconselhamento (CTA) do SI-CTA.

### FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA

**LOCAL DE ORIGEM:**<sup>1</sup>  **Nº DE REQUISIÇÃO NO SI-CTA:**   
**DATA ATENDIMENTO:** / / **TIPO DE ORIENTAÇÃO (PRÉ-TESTE):**  Individual  Nenhuma  
 Coletiva  Individual e Coletiva  
**ORIENTADOR(ES):**  **VAI FAZER COLETA (SANGUE):**  Sim  Não  
**NOME (SENHA):**  **Nº DE PROTOCOLO:**<sup>2</sup>   
**TESTE NOMINAL:**  Sim  Não **SEXO:**  Masculino  Feminino **MOSTRA NOME ETIQUETA:**  Sim  
 Não  
**DATA DE NASCIMENTO:** / / **GESTANTE:**  Sim  Não **IDADE GESTACIONAL (MESES):**   
**ZONA:**  Urbana  Rural **CIDADE:**  **ESTADO/UF:**   
**BAIRRO:**

**MOTIVO DA PROCURA:**<sup>3</sup>  [ 1 ] Exposição a situação de risco  
 [ 2 ] Encaminhado por serviço de saúde  
 [ 3 ] Encaminhado por banco de sangue  
 [ 4 ] Encaminhado por clínicas de recuperação  
 [ 5 ] Sintomas relacionados ao HIV  
 [ 6 ] Admissão em emprego/Forças Armadas  
 [ 7 ] Conhecimento de status sorológico  
 [ 8 ] Exame pré-natal  
 [ 9 ] Conferir resultado anterior (da 1ª amostra)  
 [10] Janela imunológica  
 [11] DST  
 [12] Prevenção  
 [13] Outros. Especificar:

**PRIMEIRO TESTE NESTE CTA:**  Sim  Não  
**1ª AMOSTRA:**<sup>4</sup>  Sim  Não  
**MOTIVO DA REPETIÇÃO:**  [ 3 ] Conferir resultado anterior  
**Nº DE REQUISIÇÃO ANTERIOR:** [ ]  
 (na 1ª amostra)

**Encaminhamentos (Marque com X a opção):**  
**Pré-Teste**  
 [ 1 ] Nenhum  [ 6 ] Psicólogo  
 [ 2 ] Repetir/Inconclusivo  [ 7 ] Tratamento de DST  
 [ 3 ] Repetir/Janela imunológica  [ 8 ] Realizar HIV  
 [ 4 ] Repetir/2ª amostra  [ 9 ] Orientações Gerais  
 [ 5 ] Ambulatório  [10] Outros.  
**LOCAL DE ENCAMINHAMENTO:**

<b>ESCOLARIDADE (em anos de estudos concluídos):</b> <input type="checkbox"/> [ 1 ] Nenhum <input type="checkbox"/> [ 2 ] 1 a 3 anos de estudos concluídos <input type="checkbox"/> [ 3 ] 4 a 7 anos de estudos concluídos <input type="checkbox"/> [ 4 ] 8 a 11 anos de estudos concluídos <input type="checkbox"/> [ 5 ] 12 a mais anos de estudos concluídos <input type="checkbox"/> [99] Não informado	<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL:</b> <input type="checkbox"/> [ 1 ] Autônomo <input type="checkbox"/> [ 2 ] Desempregado <input type="checkbox"/> [ 3 ] Empregado <input type="checkbox"/> [ 4 ] Apenas estudante <input type="checkbox"/> [ 5 ] Do lar <input type="checkbox"/> [ 6 ] Aposentado <input type="checkbox"/> [99] Não informado	<b>ESTADO CIVIL/SITUAÇÃO MARITAL:</b> <input type="checkbox"/> [ 1 ] Casado(a)/Amigado(a) <input type="checkbox"/> [ 2 ] Solteiro(a) <input type="checkbox"/> [ 3 ] Separado(a) <input type="checkbox"/> [ 4 ] Viúvo(a) <input type="checkbox"/> [99] Não informado
---	---	--

**JÁ PROCUROU BANCO DE SANGUE PARA FAZER TESTE PARA HIV:**  Sim  Não

<sup>1</sup> Refere-se ao LOCAL DE ATENDIMENTO. Em geral, corresponde ao próprio CTA.

<sup>2</sup> O campo Nº DE PROTOCOLO refere-se ao Nº do Prontuário deste usuário no serviço (se houver).

<sup>3</sup> O campo MOTIVO DA PROCURA refere-se ao motivo referido pelo usuário. Marque X para selecionar a melhor opção de resposta.

<sup>4</sup> O campo 1ª AMOSTRA somente será registrado como NÃO quando o MOTIVO DA REPETIÇÃO for para "Conferir resultado anterior" (da 1ª amostra).

**ORIGEM DA CLIENTELA:**

- [ 1 ] Material de divulgação  
 [ 2 ] Amigos/Usuários  
 [ 3 ] Jornais/Rádio/Televisão  
 [ 4 ] Banco de sangue  
 [ 5 ] Serviço/Profissional de Saúde  
 [ 6 ] Serviços de informação telefônica  
 [ 7 ] Outros. Especificar:  
 [99] Não informado

**TIPO DE EXPOSIÇÃO** (marque com X até 2 opções de resposta):

- [ 1 ] Relação Sexual  
 [ 2 ] Transfusão de sangue  
 [ 3 ] UDI  
 [ 4 ] Hemofílico  
 [ 5 ] Ocupacional  
 [ 6 ] Transmissão vertical (materno-infantil)  
 [ 7 ] Não possui risco  
 [ 8 ] Outros. Especificar:  
 [99] Não informado

**COMPARTILHOU SERINGAS COM****OUTROS USUÁRIOS NO ÚLTIMO ANO?**

- [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não lembra  
 [98] Não se aplica [99] Não informado

**Pegou algum tipo de DST no****ÚLTIMO ANO?<sup>5</sup>**

- [ ] Sim [ ] Não

Especifique:

**Nº DE PARCEIROS SEXUAIS NO ÚLTIMO ANO:**

- [ 1 ] Nenhum [ 5 ] 11 a 50  
 [ 2 ] 01 [ 6 ] 51 a 100  
 [ 3 ] 02 a 04 [ 7 ] Mais de 100  
 [ 4 ] 05 a 10 [99] Não informado

**TIPO DE PARCEIRO** (na vida):

- [ 1 ] Homens  
 [ 2 ] Mulheres  
 [ 3 ] Homens e Mulheres  
 [98] Não se aplica  
 [99] Não informado

**USO DO PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO** (atual):

- [ 1 ] Sempre  
 [ 2 ] Nunca  
 [ 3 ] Às vezes  
 [98] Não se aplica  
 [99] Não informado

**USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO:<sup>6</sup>**

- [ 1 ] Sim  
 [ 2 ] Não  
 [ 3 ] Não lembra  
 [98] Não se aplica  
 [99] Não informado

**MOTIVO DE NÃO USAR PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO** (atual):

- [ 1 ] Não gostar [12] Não tinha consciência  
 [ 2 ] Não acredita na eficácia [13] Não tem condições de comprar  
 [ 3 ] Não sabe usar [14] Não deu tempo/tesão  
 [ 4 ] Parceiro(a) não aceita [15] Desejo de ter filho  
 [ 5 ] Não dispunha no momento [16] Tamanho do preservativo pq/pgd  
 [ 6 ] Confia no parceiro [17] Disfunção sexual  
 [ 7 ] Uso de drogas/álcool [18] Estupro/violência  
 [ 8 ] Não consegue negociar [19] Outros  
 [ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV [98] Não se aplica  
 [10] Acha que não vai pegar [99] Não informado

- [11] Negociou não usar preservativo

**RISCO DO PARCEIRO FIXO** (atual):

- [ 1 ] Relação extra-conjugal [ 8 ] Passado sexual  
 [ 2 ] Homo/bissexualidade [ 9 ] Não atribui risco  
 [ 3 ] Transfundido [10] DST  
 [ 4 ] UDI [11] Não sabe  
 [ 5 ] Uso de outras drogas [12] Outros  
 [ 6 ] Portador de HIV [98] Não se aplica  
 [ 7 ] Desconfia de relação [99] Não informado  
 extra-conjugal

**MOTIVO DE NÃO USAR PRESERVATIVO COM PARCEIRO NÃO FIXO:**

- [ 1 ] Não gostar [12] Não tinha consciência  
 [ 2 ] Não acredita na eficácia [13] Não tem condições de comprar  
 [ 3 ] Não sabe usar [14] Não deu tempo/tesão

Uso do preservativo na  
 última

Uso do preservativo  
 com

**RELAÇÃO COM PARCEIRO NÃO  
 FIXO:**

<sup>5</sup> Refere-se à abordagem síndrome ou ao diagnóstico prévio realizado em algum serviço de saúde. Neste caso, registrar qual a DST referida (Especifique).

<sup>6</sup> O campo **USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO** refere-se a relações sexuais anal, vaginal e oral com o parceiro fixo atual.



**PARCEIRO NÃO FIXO (na vida):**

[ 1 ] Sempre

[ 2 ] Nunca

[ 3 ] Às vezes

[98] Não se aplica

[99] Não informado

[ 1 ] Sim

[ 2 ] Não

[ 3 ] Não lembra

[98] Não se aplica

[99] Não informado

[ 4 ] Parceiro(a) não aceita

[ 5 ] Não dispunha no momento

[ 6 ] Confia no parceiro

[ 7 ] Uso de drogas/álcool

[ 8 ] Não consegue negociar

[ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV

[10] Acha que não vai pegar

[11] Negociou não usar preservativo

[15] Desejo de ter filho

[16] Tamanho do preservativo pq/gd

[17] Disfunção sexual

[18] Estupro/violência

[19] Outros

[98] Não se aplica

[99] Não informado

**RECORTE POPULACIONAL:<sup>7</sup>**

[ 1 ] População em geral

[ 2 ] Populações confinadas

[ 3 ] Caminhoneiros

[ 4 ] Trabalhadores do sexo

[ 5 ] Homens que fazem sexo com homens

[ 6 ] Usuários de drogas injetáveis (UDI)

[ 7 ] Usuários de outras drogas

[ 8 ] Pessoas vivendo com HIV/aids

[ 9 ] Portadores de DST

[10] Hemofílicos e politransfundidos

[11] Profissionais de saúde

[12] Travestis

**Encaminhamentos Pós-Teste**

[ 1 ] Nenhum

[ 2 ] Repetir/Inconclusivo

[ 3 ] Repetir/Janela imunológica

[ 4 ] Repetir/2ª amostra

(marque com X até 2 opções):

[ 5 ] Ambulatório

[ 6 ] Psicólogo

[ 7 ] Tratamento de DST

[ 8 ] Outros.

**LOCAL DE ENCAMINHAMENTO:****PRESERVATIVOS ENTREGUES:**

[ ]

**DATA DA ENTREGA DO RESULTADO:**

/ /

**ORIENTADOR DA ENTREGA:****NOTAS DE ORIENTAÇÃO:****RESULTADOS:**

HIV Triagem:

HIV Confirmatório:

Hepatite B (HbsAg):

Sífilis:

Titulação para Sífilis (Marque X):

[ ] Doença ativa

[ ] Cicatriz sorológica

**Legenda:**

1 – Não Reagente

2 – Reagente

3 – Indeterminado

4 – Ignorado

5 – Discordante

6 – Não realizado

<sup>7</sup> O preenchimento do campo **RECORTE POPULACIONAL** deve seguir a lógica das propostas de prevenção/intervenção a serem desenvolvidas pelo serviço.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)