



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

MARIA LUCIANA BOTTI

A TRAJETÓRIA DOS CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO
NOROESTE DO PARANÁ: IDENTIFICANDO OS NÓS CRÍTICOS DA
ASSISTÊNCIA

MARINGÁ
2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARIA LUCIANA BOTTI

A TRAJETÓRIA DOS CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO
NOROESTE DO PARANÁ: IDENTIFICANDO OS NÓS CRÍTICOS DA
ASSISTÊNCIA

Dissertação apresentada à Universidade
Estadual de Maringá, como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Scochi

MARINGÁ
2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Botti, Maria Luciana

B751t A trajetória dos casos de transmissão vertical do HIV na região noroeste do Paraná: identificando os nós críticos da assistência./ Maria Luciana Botti. -- Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2008. 96 f. : il. tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Scochi
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, 2008.

1. HIV - Transmissão vertical - Paraná - Região Noroeste.
2. HIV - Assistência - Paraná – Região Noroeste.
3. Transmissão vertical do HIV – Paraná - Avaliação da assistência.
4. Evento Sentinela. I. Universidade Estadual de Maringá.

CDD 21. ed 610.7361

MARIA LUCIANA BOTTI

A TRAJETÓRIA DOS CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO
NOROESTE DO PARANÁ: IDENTIFICANDO OS NÓS CRÍTICOS DA
ASSISTÊNCIA

Dissertação apresentada à Universidade
Estadual de Maringá, como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem.

Aprovado em 29 de fevereiro de 2008

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria José Scochi
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Profª Drª Magda Lúcia Félix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Profª. Drª. Hillegonda Maria Dutilh Novaes
Universidade de São Paulo - USP

Dedico este trabalho à Irone,

Minha querida mãe,
Tu és inspiração, sabedoria, fortaleza e carinho...
Tudo o que sou devo a ti.

AGRADECIMENTOS

Ao Hélio meu companheiro

Eterno namorado e amigo. Meu sol particular. Ilumina caminhos. Ameniza desacertos. Brilho que emana carinho e zelo. Sou feliz por partilharmos vida e sonhos.

Ao meu filho Gabriel

Você não habitou meu ventre, mas mergulhou nas profundezas de minha existência. Você não se aninhou quando pequenino em meus braços. Nem tampouco se nutriu do meu leite. Mas germinou nas entranhas do meu coração, e nutriu-se do néctar do amor. Não tem essa herança genética, mas tem o legado da sublime mistura de espírito e caráter.

Querido filho... Não nasceu de mim. Mas com certeza nasceu pra mim...

Ao meu pai

Por todo amor, apoio e confiança depositada em mim. Obrigada por sempre estar presente em minha vida.

Às minhas irmãs, Marta e Marise

Guerreiras mostram-me a todo o momento que não há porque desistir.

Aos meus queridos avós: Clara, Cenira e Antônio

Por suas orações e carinho, mesmo diante de tantas ausências minhas.

Às mais que amigas

A minha doce amiga Lígia, que pela presença constante em minha vida, me faz querer ser melhor. Obrigada, eu não conseguiria sem você.

Obrigada, Bel, pela dedicação que tem com nossa amizade. Por ter contribuído lendo e relendo este trabalho incansavelmente na esperança de me ajudar.

À Leila pelo enorme carinho nas horas mais difíceis.

A Profª Drª Maria José Scochi

Querida Zeza, mestra e amiga. Obrigada por acreditar em mim, quando eu já não acreditava. Por mostrar-me caminhos seguros no desenvolvimento deste trabalho. Mas principalmente por seu exemplo de determinação e profissionalismo inabaláveis.

A toda a equipe do Ambulatório Municipal de DST/HIV/AIDS de Maringá

A Marta Evelin por disponibilizar os dados secundários. Às enfermeiras Patrícia, Eliane Rainha e Eliane Biazon por atenderem no meu lugar durante as minhas ausências. A Cléia, Fátima, Edite, Marilda, Miriam e Roseli, por todo apoio e torcida. Aos infectologistas José Ricardo, César e Nemer por dividirmos as angústias do dia-a-dia do trabalho. Às estagiárias de enfermagem, minhas pupilas Emanuele e Daiane, incentivadoras constantes. Especialmente Miriam Regina e Virgínia, companheiras de trabalho para todas as horas e problemas, a presença de vocês deixa tudo mais fácil.

E, agradeço em especial

Às crianças acompanhadas no SAE, por mostrarem que a vida é mais forte que a aids. E as mulheres que gentilmente contaram-me suas histórias, e reviveram sofrimentos. Sua contribuição foi maravilhosa, não apenas para a construção da dissertação, mas, sobretudo pelo ensinamento de que todos os obstáculos e preconceitos podem ser superados, quando se tem amor pelos filhos.

“Creio que podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença, num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática; de uma sociedade justa e fraterna”.

(Herbert de Souza)

RESUMO

Do início da epidemia de aids até o ano de 2007 ocorreram mudanças epidemiológicas, científicas e sociais. O aumento do número de casos em mulheres resultou na Transmissão Vertical (TV) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), de mães infectadas para seus filhos durante a gestação, o parto ou na amamentação. As ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para a prevenção e controle dessa forma de transmissão, quando realizadas pelos serviços de saúde podem fazer baixar para quase zero a ocorrência da infecção na criança. A partir de 145 casos de exposição à TV com 28 (19.3%) crianças infectadas registradas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Maringá, referência de atendimento para 30 municípios da Região Noroeste do Paraná, se buscou analisar o perfil das mulheres soropositivas, identificar os municípios da Regional com as maiores taxas de TV, reconstruir a trajetória percorrida pelas mães de sete crianças infectadas para verificar possíveis falhas nas ações de prevenção e controle do Programa de DST/AIDS. Nos 28 casos de transmissão vertical foi observada baixa cobertura da testagem sorológica na gestação; início tardio ou inexistência da introdução da terapia anti-retroviral (TARV) para as mães; ausência de garantia para realização da cesárea eletiva; e prática do aleitamento materno. As características sócio-epidemiológicas para as ocorrências de exposição da TV demonstraram o seguinte perfil para as mulheres: faixa etária entre 20 a 29 anos (64.1%); com até quatro anos de estudo (49.0 %); sem vínculo empregatício e situação conjugal caracterizada pela presença do companheiro (59.3%); tiveram uma única gestação (70.3%), infecção por via sexual (90.3%), e atualmente estão em acompanhamento com TARV instituída (55.2%). Porém, as maiores taxas de TV ocorreram em mulheres jovens (64.1%), com 12 ou mais anos de estudo (40.0%); sem vínculo empregatício (25.3%). A análise das sete trajetórias dos casos em que ocorreram a TV demonstrou que: todas as mães tiveram acesso à assistência pré-natal, cinco passou por mais que seis consultas, seis realizaram os exames de rotina. Porém, duas não fizeram o teste para o HIV, e cinco não foram aconselhadas anteriormente a testagem. A TARV foi introduzida após a 20ª semana de gestação em cinco casos, e somente uma das mães conseguiu fazer adesão aos medicamentos. O kit contendo o inibidor de lactação, a fórmula láctea, e a Ziduidina (AZT) para infusão endovenosa e solução xarope para o recém nascido, foi entregue

para quatro mães, que também não amamentaram. Apenas duas tiveram o parto mais adequado à sua condição viral, e infusão adequada do AZT. O estudo permitiu concluir que as medidas de prevenção e controle, quando instituídas, reduzem significativamente a possibilidade de TV, e por isso, protegem as crianças do HIV e conseqüentemente da aids. Entretanto, as medidas de prevenção conhecidas e pactuadas nas portarias e rotinas, na população estudada não foram cumpridas na íntegra. Estratégias que promovam a aderência dos profissionais dos serviços devem ser implantadas como fundamentais, para que menos crianças sejam infectadas pelo HIV e ainda, sugere-se que avaliações sejam realizadas nos próprios serviços com os atores envolvidos na assistência, para que soluções locais sejam criadas e compromissos éticos profissionais assumidos.

Palavras-chave: Transmissão Vertical do HIV. Avaliação da Assistência.

ABSTRACT

Epidemiological, scientific and social changes occurred since the beginning of AIDS epidemic until 2007. The growing number of AIDS in women resulted in vertical transmission (TV) and human immunodeficiency virus where infected mothers transmit the illness to their babies during the pregnancy, childbirth or breastfeeding. The programmatic actions established by the Ministério da Saúde done by the health service in order to prevent these illnesses can reduce the number of infected children occurrence or it can have almost nonexistent chance of occurrence. From the 145 HIV cases that presented TV, where 28 (19,3%) infected children are registered by the Attendance Specialized Service (SAE) from Maringá, used as reference for 30 municipality located in the northeast Paraná region. We tried to analyze the infected women profile, identify the municipality with the highest rates in TV and also check possible mistakes made by the Program de DST/AIDS during the prevention and control of seven infected children. Among these 28 cases of vertical transmission it was observed a low HIV testing coverage during the pregnancy, a late onset or a nonexistence of the TARV introduction in infected mothers, no elective cesareans guarantee and mothers breast feeding compliance. The socioepidemiological characteristics that present TV occurrence showed these profiles: women between 29 and 30 (64,1%), 4 years of study (49,0%), women with no employment connection and a marriage characterized by the presence of the husband (59,3%), only one pregnancy (70,3%), sexual rote contamination (90,3%), and a follow-p with TARV (55,2%). However, the highest rate of TV occurred in young women (64, 1%), women with 12 or more years of study (40,0%) and women with no employment connection (25,3%). Among the TV cases, we can say that there are more mistakes than correct things, all women had prenatal care, 5 women had more than six appointments and six women got the routine exams. However, two women didn't take the HIV test and five of them were not advised to do so. The TARV was introduced after the twentieth week of pregnancy in five women and only one woman took all the medicine. Packages with necessary things were handed to women and they didn't breastfeed. Only two women had appropriate birth according to their illness and AZT infusion. The study permitted us to conclude that the control and prevention measures reduce the TV (HIV) and protect children from this disease. However, the measures

preventions were not totally taken. Strategies that promote professional adherence must be conducted as fundamental and evaluations with the professional that work with the infected people assistance should be taken in order to have less infected children, solutions to solve these problems and an ethical agreement practice.

Key-words: Vertical Transmission of the HIV. Assistance Evaluation.

RESUMEN

Del inicio de la epidemia de SIDA hasta el año de 2007 ocurrieron mudanzas epidemiológicas, científicas y sociales. El aumento del número de casos en mujeres resultó en la Transmisión Vertical (TV) del virus de la Inmunodeficiencia Humana, de madres infectadas para sus hijos durante la gestación, en el parto o en la amamantación. Las acciones programáticas establecidas por el Ministerio de la salud, para la prevención y control de esta forma de transmisión, cuando realizadas por los servicios de salud pueden bajar para casi cero la ocurrencia de la infección en el niño. A partir de 145 casos de exposición a la TV del VIH con 28 (19.3%) niños contaminados registrados en el Servicio de Atendimento Especializado (SAE) de Maringá, referencia de atendimento para 30 municipios de la región Noroeste del estado de Paraná, se ha buscado analizar el perfil de las mujeres portadoras, identificar los municipios de la regional con las mayores tasas de TV, reconstruir la trayectoria hecha por las madres de siete niños infectados para verificar posibles fallas en la acciones de prevención y control del Programa de DST/SIDA. En los 28 casos de transmisión vertical ha sido observada baja cobertura del testaje serológico en la gestación; inicio tardío o inexistencia de la introducción de la TARV para madres positivas; ausencia de garantía para la realización de cesárea electiva; y adhesión de las madres al amamantamiento materno. Las características socio-epidemiológicas para las ocurrencias de exposición de la TV del VIH demostraron el siguiente perfil para las mujeres: faja etaria entre 20 a 29 años (64.1%) con hasta cuatro años de estudio (49.0%); sin vínculo laboral y situación conyugal caracterizada por la presencia del compañero (59.3%); tuvieron una única gestación (70.3%), contaminación por vía sexual (90.3%), y actualmente están en acompañamiento con TARV instituida (55.2%). Pero las mayores tasas de TV ocurrieron en mujeres jóvenes (64.1%), con 12 o más años de estudio (40.0%); sin vínculo laboral (25.3%). El análisis de las siete trayectorias de los casos donde ocurrió la TV del VIH, ha demostrado que las fallas ocurrieron en número mayor que los aciertos: todas las madres tuvieron acceso a la asistencia prenatal, cinco pasaron por más que 6 consultas, seis realizaron los exámenes de rutina. Pero, dos no hicieron el teste para el VIH, y cinco no fueron aconsejadas anteriormente al testaje. La TARV fue introducida después de la 20.^a semana de gestación en cinco casos, y

solamente una de las madres consiguió adherir a los fármacos. El kit fue dado para cuatro madres que también no amamantaron. Sólo dos tuvieron el parto más adecuado a su condición viral, e infusión adecuada del AZT. El estudio permitió concluir que las medidas de prevención y control, cuando instituidas, reducen significativamente la posibilidad de TV del VIH, y por eso, protegen a los niños de se tornaren portadores de VIH/SIDA. Todavía, las medidas de prevención conocidas y pactadas en las portarías y rutinas, en la población estudiada no fueron cumplidas en la íntegra. Estrategias que promuevan la adherencia de los profesionales de los servicios suelen ser implantadas como fundamentales, para que menos niños sean infectados por el VIH y aún, se sugiere que evaluaciones sean realizadas en los propios servicios con los actores envueltos en la asistencia, para que soluciones locales sean creadas y compromisos ético-profesionales asumidos.

Palabras clave: Transmisión Vertical del VIH; Evaluación de la Asistencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma do Modelo Lógico para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV.....	38
Figura 2	Fluxograma para a Seleção da Amostra.....	55
Gráfico 1	Ocorrências de exposição à transmissão vertical de HIV, 15ª Regional de Saúde do Paraná, 1991 a 2007.....	60
Gráfico 2	Ocorrências de exposição, casos confirmados e taxa de Transmissão Vertical do HIV, 15ª Regional de Saúde do Paraná, 1991 a 2007	72
Quadro 1	Apresentação de <i>check list</i> das recomendações para profilaxia da TV do HIV	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Casos de AIDS, ocorrências de exposições e casos confirmados de transmissão vertical do HIV por município da 15ª Regional de Saúde do Paraná, 1984 a 2007.	61
Tabela 2	Ocorrências de exposições e casos confirmados de transmissão vertical do HIV por características sócio-epidemiológicas das mães 15ª RS, 2000 a 2007.....	55
Tabela 3	Ocorrências de exposições e casos confirmados de acordo com as recomendações para profilaxia de TV do HIV, 15º RS, 2000 a 2007	73

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Anti-Retroviral
AZT	Zidovudina
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CD4	Cluster of Differentiation 4
CENDES	Centro de Estudos para o Desenvolvimento
CICT	Centro de Informação Científica e Tecnológica
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DIS	Departamento de Informações em Saúde
ELISA	Ensaio Imunoabsorvente de Ligação de Enzimas
GAP-Brazil	Programa Global Brasil da AIDS
GO	Ginecologista
HAART	Tratamento Anti-Retroviral de Alta Eficácia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HU	Hospital Universitário
IG	Idade Gestacional
LEPAC	Laboratório de Análises Clínicas da UEM
MS	Ministério da Saúde

MST	Movimento Sem Terra
MONITORAIDS	Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACTG	Grupo de Pesquisa de Pediatria Clínica de AIDS
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST e AIDS
PS	Profissional do Sexo
RNA	Ácido Ribonucléico
RS	Regional de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializado
SI-CTA	Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Anti-Retroviral
TB	Tuberculose
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para AIDS
WHO	Organização Mundial da Saúde
15ª RS	15ª Regional de Saúde do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Apresentação	18
1.2	Contextualizando o tema	22
2	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	25
2.1	Situação mundial da aids	25
2.1.1	A aids no Brasil.....	28
2.1.2	A aids no Paraná.....	31
2.2	Transmissão vertical do HIV: trajetórias e tendências	32
2.2.1	Intervenções preventivas para redução da transmissão vertical do HIV	35
2.3	Vulnerabilidade: compromisso de proteção	39
2.3.1	Vulnerabilidade programática diante da transmissão vertical do HIV...	41
2.4	Avaliação em saúde	43
2.4.1	Avaliação em saúde e evento sentinela.....	48
3	MATERIAIS E MÉTODOS	50
3.1	Linha metodológica	50
3.2	Local do estudo	50
3.3	População do estudo	52
3.4	Instrumentos para coleta de dados	55
3.5	Análise dos dados	57
3.6	Aspectos éticos da pesquisa	58
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1	Ocorrências de exposição à transmissão vertical do HIV	59
4.2	Procedência das ocorrências de exposição à transmissão vertical do HIV	60
4.3	Características sócio-epidemiológicas das mães soropositivas para o HIV	64
4.4	Casos de transmissão vertical do HIV	70
4.5	Reconstruindo a trajetória dos casos confirmados	75
4.6	Falhas para ocorrência da transmissão vertical do HIV segundo o modelo lógico	90
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96

1 INTRODUÇÃO

“Tempo curto para descrever, mas uma eternidade para se viver. Um novo aprendizado da vida com a morte, a convivência com a morte em vida, um novo sentido para a vida de cada dia, o valor de cada minuto e hora... E em meio a tudo ainda encontrar ânimo para rir”.

Herbert de Souza, Itatiaia, janeiro de 1997¹

1.1 Apresentação

A história da aids vem sendo escrita a partir de fatos recentes e por isso é sentida como história viva. Sobre isto Saldanha (2003, p. 15), cita Dalton Ramos: “[...] o vírus pode não estar em nossa circulação, mas a aids está definitivamente em nossas vidas e não se pode ser indiferente a ela [...]”.

Somos por nossa matéria humana, ligados uns aos outros e sujeitos ao afeto, a sermos afetados pela experiência a princípio tão alheia, mas que aos poucos se revela também nossa. Essa humana condição me traz à memória uma experiência vivida ainda como acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Em 1996, início de minha formação como enfermeira, estagiando na Unidade de Infectologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, fui colocada diante da situação de maior incoerência já vivida até aquele momento: realizar os cuidados a uma criança de dois anos que tinha o diagnóstico de aids. Apesar de o prognóstico ser incerto, a criança tinha vivacidade, não parecia precisar da hospitalização. Era incômodo não entender o porquê de uma criança ter aids e ainda mais difícil receber a notícia de que sua vida estava ao acaso. Órfã da aids, não tinha para onde ir caso recebesse a alta, sem vaga em casa de apoio, ou família interessada em sua adoção. Com o passar dos dias, eu e minhas colegas, futuras enfermeiras do grupo de estágio, fomos manifestando nossa afeição pela criança.

¹ Este texto é parte de uma carta deixada por *Betinho* com amigos para ser entregue à sua esposa, Maria Nakano, após sua morte.

Durante alguns meses as visitas periódicas até a Unidade de Infectologia aconteceram, porém, passado algum tempo, a criança adoeceu gravemente e morreu.

Naquela época eu mal podia saber que, anos depois, a experiência como enfermeira atuando num serviço ambulatorial de referência no atendimento aos portadores de HIV e aids me permitiria o contato com questões atreladas à complexidade da organização programática em relação às políticas públicas para o enfrentamento da epidemia.

A partir desta aproximação, foi necessário incorporar novas perspectivas ao cuidado de enfermagem, que muitas vezes, na prática diária, torna-se acrítico, centrado na lógica positivista e escondido nas rotinas administrativas. Para cuidar, em tempos de aids, há que se compreender as relações humanas, não apenas socialmente, mas também intimamente. Os conhecimentos das ciências da saúde não são suficientes para explicar elementos relacionados à “aids”, como sexualidade, discriminação e culpabilização. Neste aspecto, emergiram alguns conceitos e idéias, antes ignorados pelos profissionais de saúde, como: redução de danos, diversidade sexual e vulnerabilidade.

Minha atuação profissional como enfermeira assumiu, neste contexto, caráter interpretativo. Passei a buscar esclarecimentos para novas formas de cuidar, por vezes aceitando e outras tantas me indignando com as incoerências entre as diretrizes das políticas públicas e as possibilidades de ações concretas no serviço.

A convivência com os portadores e seus familiares, que periodicamente fazem sua peregrinação de esperança ao serviço de saúde, para realização de exames e consultas, proporcionou uma visão mais real sobre a situação da epidemia. Pude ver quem são as pessoas por trás dos números apresentados nas periódicas publicações dos “boletins epidemiológicos da aids”.

Experiências como estas possivelmente ocorrem em outros serviços de saúde no Brasil, pois a aids e a infância geram uma triste combinação que geralmente resulta em doença, preconceito, abandono e orfandade. A complexidade da aids diante da infância traz à tona apropriações do imaginário social como a

representação da criança como idéia de futuro, de continuidade; a vitimização e comoção; e o julgamento do caráter moral dos pais, principalmente da mãe.

Portanto, ao tratar da TV do HIV, há que se refletir além dos dados numéricos, pois geralmente há maiores investimentos pessoais e programáticos para grupos populacionais numericamente maiores. Segundo dados preliminares do Programa Nacional de DST e AIDS, em 2006, foram registrados 32.628 novos casos da doença, sendo 700 deles em menores de 5 anos (BRASIL, 2007a).

Em meio à inquietação sobre a verdade dos dados numéricos apresentados nos indicadores de prevalência e incidência, e a busca pelas novas possibilidades de cuidar, senti a presença das crianças portadoras com intensidade, o que inflou a necessidade de interpretação já presente em toda a minha trajetória profissional. Inquietantemente surge a pergunta: que falhas podem ter conduzido as crianças ao diagnóstico positivo para o HIV, malgrado a existência de protocolos oficiais que garantem medidas de prevenção comprovadamente eficazes?

Traduzir esta questão foi o desafio que motivou este estudo.

O objetivo foi avaliar as ações de prevenção e controle da Transmissão Vertical do HIV, na 15ª Regional de Saúde do Paraná (15ª RS). A relevância do estudo encontra-se nos altos índices de disseminação do HIV na população feminina, e conseqüente risco para a transmissão materno-infantil, situação desafiadora para a saúde pública.

A revisão teórica aborda inicialmente a contextualização da epidemia da aids, que, apesar dos esforços empregados desde seu início, ainda permanece como grande problema para várias nações, inclusive o Brasil. Busca ainda conceituar a TV do HIV, apresentar os últimos indicadores dessa forma de transmissão e trazer as possibilidades de controle e prevenção incorporadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS. Finalizando a revisão apresento o fluxograma do modelo lógico atualmente adotado no Brasil, por meio do documento - Recomendações para a profilaxia da Transmissão Vertical do HIV (BRASIL, 2007a).

Algumas considerações são descritas a propósito do conceito de vulnerabilidade, utilizado atualmente para focalizar a perspectiva de risco na área da

saúde, principalmente em relação a vulnerabilidade programática, pois sua compreensão faz-se necessária para a dimensão avaliativa do estudo. Ao final da revisão, são apontados subsídios teóricos sobre a Avaliação em Saúde, apresentando conceitos e possibilidades de sua utilização.

O próximo tópico apresentado descreve o caminho traçado para a investigação. A proposição metodológica surge do entendimento de que toda ocorrência de TV do HIV pode ser considerada um evento sentinela, pois é passível de ser evitada. O desenho da pesquisa caracteriza-se como investigação retrospectiva dos casos positivos para elucidação de possíveis falhas na aplicação do modelo lógico para profilaxia da TV do HIV. O estudo apresenta duas fases de investigação. A primeira fase utiliza dados secundários gerados pelos bancos de dados e prontuários, e a segunda fase trata da reconstrução da trajetória dos casos de TV do HIV, a partir das entrevistas com as mães.

Na seqüência, os dados e sua análise são apresentados e discutidos. Inicialmente são caracterizadas as ocorrências de exposição à TV do HIV da 15ª RS, resultando em um perfil sócio-epidemiológico dos casos expostos e dos casos positivos após a exposição. São descritos também alguns fatores pertinentes ao modelo lógico para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV. Em seguida, as trajetórias reconstruídas dos casos positivos são analisadas, possibilitando o encontro das falhas existentes na execução do modelo lógico pelos serviços de saúde. Este encontro traz à tona a discussão da vulnerabilidade programática, a partir das falas das mães, que em forma de depoimentos tristes e solitários monólogos, emergem como revelação e denúncia.

Por fim as considerações finais permitem evidenciar a avaliação em saúde como ponto de partida, pois aponta para a necessidade de reconstrução, ou surgimento de compromissos fortalecidos com o processo de trabalho que permitam trazer para a ação dos profissionais de saúde a preocupação com a dignidade de mulheres e crianças em tempos de aids.

1.2 Contextualizando o tema

Ao longo de quase três décadas o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), foi responsável por problemas de proporções globais. A epidemia da aids fez ressurgir a vivência trágica das grandes pestes, caracterizada pelo medo do contato com o outro. A história desta epidemia é marcada por mudanças de cunho epidemiológico, científico e social, pois a complexidade de suas dimensões a tornou um símbolo, quase metáfora dos tempos modernos (ROCHA, 1999).

Primeiramente foi caracterizada como a “peste gay” por conta dos primeiros casos detectados em homens que faziam sexo com homens (HSH). Outras populações, como profissionais do sexo (PS) e usuários de drogas injetáveis (UDI) foram apontadas como de risco, o que permitiu uma associação da aids aos comportamentos considerados inapropriados socialmente, estampando estigma e preconceito aos soropositivos. Porém, a partir da década de 1990, as estatísticas sobre a doença demonstraram a propagação em hemofílicos, mulheres monogâmicas em idade reprodutiva, bebês infectados por transmissão vertical e em pessoas idosas (GUILHEN, 2006).

Os indicadores epidemiológicos mostram que, no Brasil, o padrão de transmissão sexual da aids vem mudando. O aumento do número de casos entre os heterossexuais fez-se acompanhar de uma expressiva inserção das mulheres no quadro epidemiológico, constatada na redução da razão por sexo, que passou de 23 homens para cada mulher com aids em 1984, para 3:1, em 1997. Atualmente, segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, a relação é de 1,5 para 1 (CASTILHO, CHEQUER, 1997; BRASIL, 2007a).

Este fenômeno, denominado "feminização" da epidemia, é acompanhado por um número cada vez maior de crianças atingidas pela TV do HIV, ou seja, a transmissão do HIV mediante a passagem do vírus das mulheres para seus filhos durante a gestação, trabalho de parto, parto e no período puerperal pela amamentação (BRASIL, 2004).

Estudos feitos em vários países mostraram que a taxa de TV do HIV varia de 5 a 35%, sendo que as maiores taxas são as dos países em desenvolvimento (RUTSTEIN, 2000). Nos primeiros anos da década de 90, em gestantes sem indicação clínica de terapia anti-retroviral (ARV), um estudo multicêntrico (ACTG 076) com 477 grávidas soropositivas de 59 centros dos Estados Unidos e da França, verificou taxa de TV de 25.5% entre os filhos das mulheres que utilizaram placebo, e 8.3% para filhos de mulheres que usaram Zidovudina (AZT) a partir de 14 semanas de gestação, no período intra-parto e por 42 dias no recém-nascido. Mostrou uma redução de cerca de dois terços na taxa TV. Esta foi a base para a recomendação de uso do AZT durante a gestação em todo o mundo (CONNOR et al., 1994).

O Brasil por meio das intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS, vem reduzindo as taxas de TV. O AZT oral está sendo fornecido desde 1994 para todas as gestantes, e o AZT injetável desde 1996. As intervenções padronizadas nas recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil, a partir de 2000, envolvem: o uso de anti-retrovirais a partir da 14^a semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2001a).

O estudo realizado por Nogueira et al (2001), no Rio de Janeiro, mostrou a redução da taxa de TV em torno de 3%, entre gestantes participantes de um programa de intervenção que seguiam todas as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde em 2000. Ao comparar a taxa de TV na população atendida pelo Serviço de Atendimento Especializado de Maringá, verificou-se um coeficiente superior ao esperado, pois de 130 crianças acompanhadas até maio de 2006, 22 tiveram confirmação da soropositividade para o HIV, ou seja, 16.9%. Essa informação demonstrou a necessidade de aprofundar a investigação para confirmação da alta taxa de TV, bem como dos fatores relacionados a esta ocorrência (BOTTI et al, 2007).

O presente trabalho, diante da necessidade encontrada, apresenta um estudo avaliativo, pois como aponta Scochi (1996), acredita-se que a avaliação é um dos componentes da garantia da qualidade dos serviços. Considera-se, ainda, que isto ocorre devido à possibilidade de incorporar a discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos (CHEN, 1990 apud HARTZ, 1997).

Buscando respostas aos fatos descritos, justifica-se a presente pesquisa, que a partir das inquietações fornecidas pelo tema elegeu como objetivo geral à avaliação das ações de prevenção e controle da TV do HIV, na 15ª RS; e, como objetivos específicos: descrever as ocorrências de exposição à transmissão vertical do HIV; apresentar os casos confirmados de HIV em crianças resultantes da TV como evento sentinela; descrever a trajetória dos casos confirmados, identificando as possíveis falhas em relação às ações de prevenção e controle para a TV do HIV, segundo o modelo lógico.

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

“A doença pode ser controlada, mas só por aqueles que dispõem de meios financeiros ou assistência de órgãos públicos para ter acesso aos novos medicamentos. Foi criada assim uma nova divisão dentro do campo da AIDS: os que podem sobreviver, e inclusive manter sua qualidade de vida, e os que devem morrer”.

Herbert de Souza, 1997

2.1 Situação mundial da aids

Verdadeiramente um problema global, a aids afeta todas as regiões e países do mundo, desafiando os sistemas de saúde e arruinando a capacidade para reduzir pobreza, promover desenvolvimento e manter a segurança nacional (UNAIDS, 2006).

Estima-se que o número de pessoas atualmente vivendo com HIV seja de 33,2 milhões. A porcentagem da prevalência do vírus entre adultos se estabilizou (prevalência de 0,8% desde 2001). Globalmente, o número de novas infecções por HIV diminuiu. Em 2007, estima-se que houve 2,5 milhões de novas infecções, comparadas com 3,2 milhões em 2001. O número de pessoas que morreram como consequência de doenças relacionadas à aids diminuiu para 2,1 milhões nos últimos 2 anos (UNAIDS, 2007).

Ao elaborar-se uma descrição da situação atual da epidemia da aids, inúmeras imagens chegam ao pensamento, pois nenhuma outra epidemia foi tão apresentada pelos meios de comunicação como a aids tem sido. Dado seu caráter epidêmico e sua disseminação inicial em grupos específicos, a aids logo se tornou um fenômeno público e coletivo (HERZLICH, 2004).

Manchetes, fotos e documentários se espalharam pelo mundo, desde os primeiros relatos de infecção pelo HIV, trazendo a percepção de uma epidemia viva,

presente. A aids deflagrou a realidade da condição humana. Era a morte estampada, e noticiada como poucas vezes se viu.

A partir de 1985, as pessoas com aids falavam sobre suas vidas e sua situação, e eram vistas na televisão. A tendência à discriminação diminuiu, e os sentimentos de compaixão e solidariedade surgiram em outros grupos. Esse tipo de testemunho foi uma das primeiras manifestações públicas das organizações ativistas formadas para lutar contra a epidemia. As experiências privadas dos pacientes foram amplamente divulgadas para o público através dos meios de comunicação, como parte do esforço para estimular a ação coletiva. A experiência com a aids tornou-se, assim, um assunto público (HERZLICH, 2004, p. 390).

No início da epidemia o HIV assustou o mundo, por mostrar-se impreciso na escolha de suas vítimas em relação à etnia e classe social. Entre as pessoas inicialmente atingidas, havia grande número de intelectuais, artistas e membros de grupos sociais ligados à mídia, fazendo das personalidades famosas, vítimas fatais, o que repercutiu enormemente em vários setores da sociedade. A saúde estava se tornando uma questão essencial, um tema nos noticiários (HERZLICH; PIERRET, 2005).

A aids e o HIV passam a ser temidos, e o medo ultrapassa limites geográficos e fronteiras continentais, o que de alguma forma contribui para o surgimento de financiamentos para organizações governamentais e não governamentais, colaborando no desenvolvimento de pesquisas e ações de prevenção e tratamento. Assim, progressos significativos em relação ao controle da epidemia foram alcançados: a descoberta do vírus e o conhecimento sobre sua cadeia de transmissão, o desenvolvimento de terapias anti-retrovirais e a utilização combinada, implantação de medidas de controle do sangue e de hemoderivados, programas de prevenção e ações educativas (GUILHEM, 2006).

Quase três décadas depois de sua aparição, a epidemia se transformou. A mortalidade por aids diminuiu, aumentando a expectativa de vida das pessoas soropositivas, e os casos de TV e por transfusão sanguínea foram amenizados. A epidemia passou a ser vista e reconhecida, não mais em personalidades ilustres, como artistas e intelectuais, mas nas faces emagrecidas dos africanos. Populações

pobres, como as da África Subsaariana, já anteriormente assoladas pela fome e guerra civil, apresentam a nova *cara* da aids. E a desigualdade planetária assinala de forma contundente que grande parte da população mais acometida pela epidemia jamais terá acesso ao tratamento, como no caso dos africanos (GUILHEM, 2006).

Mais de dois terços das pessoas vivendo com HIV moram na região Subsaariana, onde também ocorrem mais de 75% das mortes associadas ao HIV. Quase um terço de todas as novas infecções e de todos os óbitos acontecem em oito países da região sul da África: Botsawa, Lesotho, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Swazilândia, Zâmbia e Zimbabwe (UNAIDS, 2007).

Em outros países que estão nos estágios iniciais da epidemia, decisões econômicas e mudanças sociais estão criando circunstâncias que favorecem a propagação rápida do HIV. As amplas diferenças sociais limitam o acesso aos serviços básicos e aumentam a migração. As melhores projeções indicam que, até 2010, 45 milhões de pessoas de baixa ou média renda contrairão o HIV em 126 países, a menos que o mundo faça um esforço drástico para a prevenção global (UNAIDS, 2006).

De 2001 a 2007, o número de pessoas vivendo com HIV no Leste Europeu e na Ásia Central aumentou em mais de 150%, de 630.000 para 1,6 milhões, 90% das pessoas vivendo com HIV no Leste Europeu moram na Ucrânia e na Rússia. Houve diminuição nas taxas de prevalência no Sul e Sudeste da Ásia, notadamente no Camboja, Mianmar e Tailândia, o que sugere que os esforços de prevenção ao HIV estão tendo impactos (UNAIDS, 2007).

A transmissão de HIV na América Latina continua a ocorrer entre populações com risco acrescido de exposição, incluindo profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. O número estimado de novas infecções por HIV na América Latina em 2007 foi de 100.000, significando um total de 1,6 milhões de pessoas vivendo com HIV nesta região, com 58.000 mortes. Cerca de um terço de todas as pessoas vivendo com HIV na América Latina moram no Brasil (UNAIDS, 2007).

2.1.1 A aids no Brasil

A epidemia no Brasil pode ser considerada em dois aspectos fundamentais.

O primeiro aspecto relaciona-se à transmissão e às medidas de controle do HIV e da aids que perpassam as fronteiras do país, ou seja, seguem os mesmos parâmetros e comportamento do resto do mundo. Neste sentido, os dados revelam que a epidemia está num processo de estabilização, embora em patamares elevados.

Em 2006, foram registrados 32.628 casos da doença, confirmando uma tendência de queda no número de casos, identificada a partir de 2002, quando houve 38.816 notificados. Naquele ano, a taxa de incidência da aids foi de 22,2 casos por 100 mil habitantes. Em 2005, a taxa foi de 19,5/100 mil e em 2006, de 17,5/100 mil, conforme dados preliminares (BRASIL, 2007a).

O segundo aspecto mostra um país que vem enfrentado a epidemia da aids de forma singular, pois possui características particulares resultantes do seu território de tamanho continental e cultura variada, além das infinitas contradições econômicas e políticas que construíram a história do país em sua organização pública e social, o que confere ao povo formas criativas de enfrentar os problemas.

O resultado desta miscelânea trouxe a experiência mais exitosa de controle da aids no mundo, principalmente em relação à política de saúde marcada pela integração entre prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, e a universalidade do acesso ao tratamento. Se, por um lado, tal êxito pode ser visto como o reflexo dos princípios legais do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), por outro mostra a evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por uma epidemia (CHEQUER, 2005).

O Brasil, a partir de empréstimos do Banco Mundial, pode operacionalizar as ações de controle da aids, principalmente a distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais para os pacientes. Este financiamento se deve à articulação dos movimentos sociais organizados em torno da aids e à contribuição de técnicos

compromissados com a construção de um sistema que assegurasse o direito universal da saúde.

Através dos ativistas organizados, a “sociedade civil” impôs sua presença nos hospitais e nos laboratórios. As relações, que esses ativistas estabeleceram com a medicina e a ciência, são tanto de crítica como de participação. O “ponto de vista do paciente” foi usado para criar novos direitos civis (HERZLICH, 2004, p. 391).

Porém, a distribuição gratuita de medicamentos não é uma das políticas recomendadas pelo Banco Mundial, principal financiador da política brasileira de enfrentamento da epidemia da aids, como também não o é a adoção do princípio de que a saúde é um direito universal, e nem a tese de que é um dever do Estado garanti-la (MATTOS; TERTO JÚNIOR, PARKER, 2003). Neste aspecto, persistem os desafios, pois o quadro econômico é desfavorável para que seja permanente a sustentabilidade dos programas governamentais que garantam o tratamento das pessoas com aids (CHEQUER, 2005).

No Brasil, a garantia do acesso ao tratamento anti-retroviral de alta eficácia *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), desde o início dos anos 90, resultou em uma estabilização na prevalência da infecção pelo HIV e conseqüentemente dos casos de aids.

Para a prevalência ser considerada estável, um novo caso de infecção deve substituir cada caso que sai do grupo. Em conseqüência, uma prevalência estável pode ser resultado de mudança no número de óbitos, ou ainda, por redução da transmissão decorrente do uso de preservativo nas relações sexuais, por exemplo. Porém, se de um lado a estabilização da prevalência pode demonstrar que houve diminuição da mortalidade por aids, de outro assinala a existência de possíveis deficiências no diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.

Outras hipóteses para explicar a estabilização da prevalência pelo HIV seriam a possível diminuição das novas infecções e o aumento da mortalidade; menor procura dos serviços pelo motivo de infertilidade ou de mudança de comportamento; modificação na estrutura etária e na sobrevivência das pessoas

infectadas; variação na população submetida aos testes em estudos sentinelas (BRASIL, 2002a).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de AIDS, Ano IV, nº. 1 (BRASIL, 2007a), de 1980 a junho de 2007, foram notificados 474.273 casos no país, sendo 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte. A vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV vem sendo constituída baseando-se na notificação universal dos casos de aids e, mais recentemente, na realização de vigilância sorológica em populações sentinelas e de estudos sorológicos e/ou comportamentais de base populacional (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2002a).

A epidemia de aids no Brasil pode ser caracterizada como sendo (a) de baixa intensidade, pois a prevalência do HIV não alcançou 5% em nenhum grupo da população; (b) concentrada, visto que a prevalência da infecção mantém-se constante, em pelo menos um subgrupo da população; (c) generalizada, por que a infecção pelo HIV encontra-se bem estabelecida na população geral (BRASIL, 2002a).

Pode-se supor que a redução da mortalidade terá um efeito de aumento crescente na sobrevivência. O tratamento anti-retroviral e o monitoramento da doença, com os exames de *cluster of differentiation 4* (CD4) e carga viral (CV), tornaram a aids, de acordo com definições biomédicas, uma doença crônica (ALENCAR, 2006).

Resumidamente, a epidemia cresce, mas cresce menos, particularmente na população masculina. O aumento do número de casos associados à subcategoria de exposição heterossexual, verificado principalmente a partir de 1991, fez-se acompanhar de uma proporção cada vez maior de mulheres. Ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos da doença em homens para 1 em mulher. Em 2007, esta razão foi de 1,5 para 1 e, em ambos os sexos, a maior parte dos casos se concentrou na faixa etária de 25 a 49 anos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007a).

O progressivo crescimento do número de casos entre mulheres de todas as regiões brasileiras, em sua grande maioria por meio de transmissão sexual, deve

receber atenção especial com o desenvolvimento de ações de prevenção e de controle da infecção. Por isso em 2000, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas (Portaria n. 993/2000). Este contexto aponta para a importância de ações de controle em relação à TV, pois os dados mostram que aproximadamente 85% dos casos de aids em menores de treze anos no Brasil, apresentam essa modalidade de transmissão do HIV (BRASIL, 2002a).

2.1.2 A AIDS no Paraná

Desde 1984, ano do primeiro caso de aids no estado do Paraná, foram registrados 23.144 casos, o que representa cerca de 5% do total em todo o país. O Paraná ocupa o quinto lugar em número de casos absolutos no Brasil, porém o ritmo menor de contaminação é visível a partir de 2002. Se naquele ano foram confirmadas 2.284 novas contaminações, o ano seguinte registrou queda para 2.177 novos casos. Em 2004 foram 1.922 casos, caindo para 1.845 em 2005, até os 1.511 em 2006 (BRASIL, 2007a).

Trinta por cento das pessoas que foram notificadas para aids no Paraná morreram, ou seja, dos 23.144 casos registrados em todo o estado no período de 1984 a 2006, 7.039 morreram, colocando o Paraná em quinto lugar entre os estados com maior número de mortes em decorrência da doença (BRASIL, 2007a).

Entre as Regionais de Saúde, as que apresentaram o maior número de notificações foram: em primeiro lugar a 2ª RS, que abrange Curitiba e cidades metropolitanas; em segundo lugar a 17ª RS, em Londrina; e em terceiro lugar a 15ª RS em Maringá. Metade dos casos ocorreu na 2ª RS, com 8.502, Londrina apresentou 1.734 casos, o que significa 10% do total, e Maringá tem 6%, isto é, 1.053 casos. Pelos coeficientes de incidência por 100 mil habitantes, a 1ª RS, em Paranaguá apresenta as maiores taxas, com 22,99. Em seguida vem a 17ª RS com 15,5 e a 2ª RS com 14,77 (PARANÁ, 2006).

Ao concluir este tópico, verifica-se por meio da história da aids e dos dados epidemiológicos que descrever a Epidemia da Aids requer cautela. As afirmações devem sempre levar em consideração as descobertas que ainda irão surgir decorrentes dos fatores incertos que caracterizam a epidemia, como por exemplo: o limite dos coeficientes de incidência e prevalência, efeito da significativa subnotificação; a dificuldade para o diagnóstico precoce decorrente da fisiopatogenia (período longo de latência do vírus); o potencial do vírus para mutação genética resultando em cepas resistentes aos anti-retrovirais; e a sua manifestação como fenômeno social, atingindo os diferentes grupos devido a características socioeconômicas e culturais específicas.

2.2 Transmissão vertical do HIV: trajetórias e tendências

A TV do HIV constitui-se na maior causa de infecção do HIV em crianças. Mundialmente, o número de crianças (menores de 13 anos) que vivem com HIV aumentou de 1,5 milhões em 2001, para 2,5 milhões em 2007. Porém, o número de novas infecções em crianças diminuiu de 460 mil em 2001, para 420 mil em 2007. O número de óbitos causados pela AIDS entre crianças havia aumentado de 330 mil em 2001, para 360 mil em 2005, mas está começando a diminuir, pois em 2007 a estimativa do número de óbitos é de 330 mil (UNAIDS, 2007).

A TV do HIV consiste na situação em que a criança é infectada pelo vírus causador da AIDS durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação (BRASIL, 2008). A maioria dos casos, cerca de 65%, ocorre principalmente durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Os 35% restantes ocorrem intra-útero principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, que se renova em cada exposição (mamada), de 7% a 22% (DUARTE et al., 2005).

Em 2005, no Brasil, foram identificados 700 casos de AIDS na população menor de 5 anos, representando taxa de incidência de 3,9 casos por 100 mil habitantes. Em 2006, foram registrados 526 casos, mas esse número provavelmente está subnotificado. Há diferenças regionais derivadas da incidência entre os adultos,

principalmente as mulheres. A taxa de incidência é maior no Sul (6,1), seguido do Sudeste (4,4); Nordeste (3,1); Norte (2,7) e Centro Oeste (2,6) (BRASIL, 2007a).

O registro da TV do HIV começou a aparecer nos boletins epidemiológicos em 1985. Neste ano, foram notificados dois casos de aids em crianças menores de 13 anos, período correlato ao registro dos primeiros casos femininos. O Boletim Epidemiológico de 1999, Ano XII, Nº. 3, apresenta a confirmação dessa ligação ao destacar que: “[...] ao longo da década de 90, a curva do crescimento dos casos de AIDS por Transmissão Vertical se confunde com a de AIDS em crianças, e ambas acompanham a curva de incidência de AIDS em mulheres” (BRASIL, 1999, p. 25).

O número de casos de aids em crianças ocorreu como resultado da proporção cada vez maior de mulheres infectadas, verificado principalmente a partir da década de 1990. Até o final do ano 2000, 80,9% dos casos em menores de 13 anos foram devidos à TV (BRASIL, 2000). No período entre 1999 e 2000, essa forma de transmissão foi responsável por 90,2% dos casos pediátricos no país (BRASIL, 2000).

As perspectivas epidemiológicas do aumento da incidência entre crianças, acompanhando os casos em mulheres, sofreram mudanças ao longo dos anos. A partir de 1995, a prevenção dos casos em crianças passa a acontecer de forma mais incisiva, quando o Ministério da Saúde publica as Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV baseada nos resultados do *Paediatric AIDS Clinical Trial Group* (PACTG), Protocolo 076 (BRASIL, 1995).

O protocolo 076 foi um estudo aleatório, que abrangeu 477 gestantes e 421 crianças, o qual se administrou Zidovudina (AZT) a um grupo de mulheres e placebo a outro, no período pré-parto, trans-parto e pós-parto. Os autores demonstraram uma redução significativa no risco da transmissão perinatal do HIV de 25,5% para 8,3%, apresentando uma eficácia de 67,5%. A redução da carga viral materna e da exposição do feto ao vírus, associada à passagem placentária do AZT, poderia explicar a diminuição das taxas de transmissão perinatal durante a gestação e parto (CONNOR et al., 1994).

Este e outros estudos realizados em todo o mundo provaram a existência de possibilidades reais de diminuir o risco da TV do HIV e motivaram o Ministério da Saúde a propor medidas de controle e prevenção. Essas medidas surgiram em períodos diferentes de acordo com os achados científicos, podendo ser classificadas de acordo com o seu surgimento, em quatro categorias distintas: 1ª fase (1990 a 1994): período em que não ocorria uso de ARV para a profilaxia da transmissão vertical, apenas a contra indicação ao aleitamento materno; 2ª fase (1995 e 1996): período de início do uso de AZT durante a gestação e no recém nascido; 3ª fase (1997 e 1998): período da utilização do AZT durante a gestação, no trabalho de parto/parto e no recém nascido; 4ª fase (1999 e 2000): quando ocorreu a introdução do uso de ARV em esquema duplo e/ou triplo, associado ao parto via cesárea eletiva (GOMES, 2001).

Em 2001, o Ministério da Saúde constituiu um comitê assessor que tem por atribuição específica incorporar à política brasileira recomendações de uso de TARV em gestantes e outras diretrizes, em que riscos e benefícios materno-fetais são considerados. Dessa forma, ficou estabelecido o uso de TARV potente (AZT combinado a dois outros ARV) em gestantes, de acordo com os resultados da avaliação do estado clínico e dos exames de contagem do número de linfócitos T-CD4+ e de quantificação da carga viral da gestante. Estabeleceram-se também, critérios para a definição da via de parto (BRASIL, 2001b).

Nos últimos anos a taxa de TV vem diminuindo, segundo o estudo de Brito, 2006, houve redução dos casos para as crianças nascidas a partir de 1997, atingindo cifras consistentemente menores a cada ano. As taxas observadas foram de 16% em 1997, 7,8% em 2001 e 3,7% em 2002. A adoção universal da TARV para gestantes e crianças expostas ao HIV evitou cerca de 6.000 novos casos de HIV, no período de 1997 a 2001 (BRITO, 2006).

Apesar da diminuição do número de casos e dos esforços direcionados para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle, a existência das desigualdades socioeconômicas e a dificuldade de acesso das mulheres à assistência perinatal têm obstaculizado maior efetividade do controle da TV do HIV. O estudo de Souza Júnior (2004), que teve como propósito verificar as oportunidades perdidas para a redução da TV do HIV no Brasil constatou que as

falhas no diagnóstico durante a gestação, associadas às desigualdades socioeconômicas da cobertura de detecção da infecção pelo HIV na gestação, são significativamente maiores para as mães com menor grau de escolaridade e residentes nas regiões menos desenvolvidas do País (SOUZA JÚNIOR, 2004).

Outro aspecto importante para efetivar as medidas de prevenção refere-se à qualidade da assistência dispensada a mulheres no pré-natal e no parto, tomando por referência alguns aspectos tais como o momento do diagnóstico da mãe, o número de consultas realizadas e a terapia anti-retroviral instituída, a realidade ainda é bem distante das recomendações feitas pelo Ministério da Saúde (VASCONCELOS; HAMANN, 2005).

A taxa de TV do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5% e, por meio de intervenções preventivas, a redução pode chegar a níveis entre zero e 2% (BRASIL, 2007a). A esta afirmação veicula-se a definição de TV do HIV: situação em que a criança é infectada pelo vírus causador da aids durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. Ao examinar com maior minúcia o conceito, percebe-se ambigüidade em relação à palavra situação, pois ela dá margem para duas possibilidades: a criança ser infectada e não ser infectada.

Assim, verifica-se que as situações em que crianças são infectadas podem ser reduzidas, mas são necessárias mudanças profundas nas práticas e discursos adotados nas ações de prevenção da TV. Os espaços e estratégias de intervenção devem ser repensados, mas também se faz imprescindível olhar para os contextos intersubjetivos nos quais se efetiva a vulnerabilidade ao HIV (AYRES, 2002).

2.2.1 Intervenções preventivas para redução da transmissão vertical do HIV

A missão do PN-DST/AIDS é reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids. Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria dos serviços públicos oferecidos às pessoas com aids e outras DST; de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; de aumento da

cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; da redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade (BRASIL, 2008).

Dentro da missão estabelecida pelo PN-DST/AIDS, a redução da TV do HIV envolve complexa rede de atenção, já que as demandas derivam do binômio mãe-filho, o que pode abranger os três níveis da assistência. Ou seja, para que haja redução da TV do HIV, faz-se necessário mobilizar desde as unidades básicas de saúde (Atenção Básica), até as unidades hospitalares, principalmente as maternidades, que oferecem assistência de média e alta complexidade.

Garantir a redução da TV implica em constituir diretrizes referentes ao estabelecimento da qualidade da assistência às mulheres tanto nos aspectos relacionados à prevenção do HIV e aids, como também no atendimento às demandas reprodutivas, ou seja, ao planejamento familiar e assistência ao pré-natal, além da necessidade de oferta de assistência ao parto e puerpério. Ainda, devem ser garantidos serviços especializados (SAE) em atender pessoas com HIV e aids, que possam oferecer acompanhamento de qualidade para as crianças.

A rede de serviços de saúde envolvida nas ações para a redução da TV deve garantir as seguintes medidas: assistência ao pré-natal com início precoce e solicitação de sorologia para o HIV com concordância da gestante em realizá-lo e conhecimento do resultado antes do parto; ao ser feito o diagnóstico de infecção durante a gestação, preenchimento da ficha de Notificação e encaminhamento da gestante para o Serviço de Assistência Especializado (SAE) que fará o seu acompanhamento clínico, como portadora do HIV; referência formalizada para o parto e pós-parto (incluindo serviço de planejamento familiar); garantia da utilização de anti-retrovirais na gestação; se for indicada garantia da cirurgia cesariana eletiva (administração do AZT endovenoso durante o parto); cuidados com o recém-nascido (AZT xarope, preenchimento da ficha de notificação); recomendações no puerpério (inibidor de lactação e fornecimento da fórmula láctea); e acompanhamento das crianças até o fechamento do caso (BRASIL, 2007b).

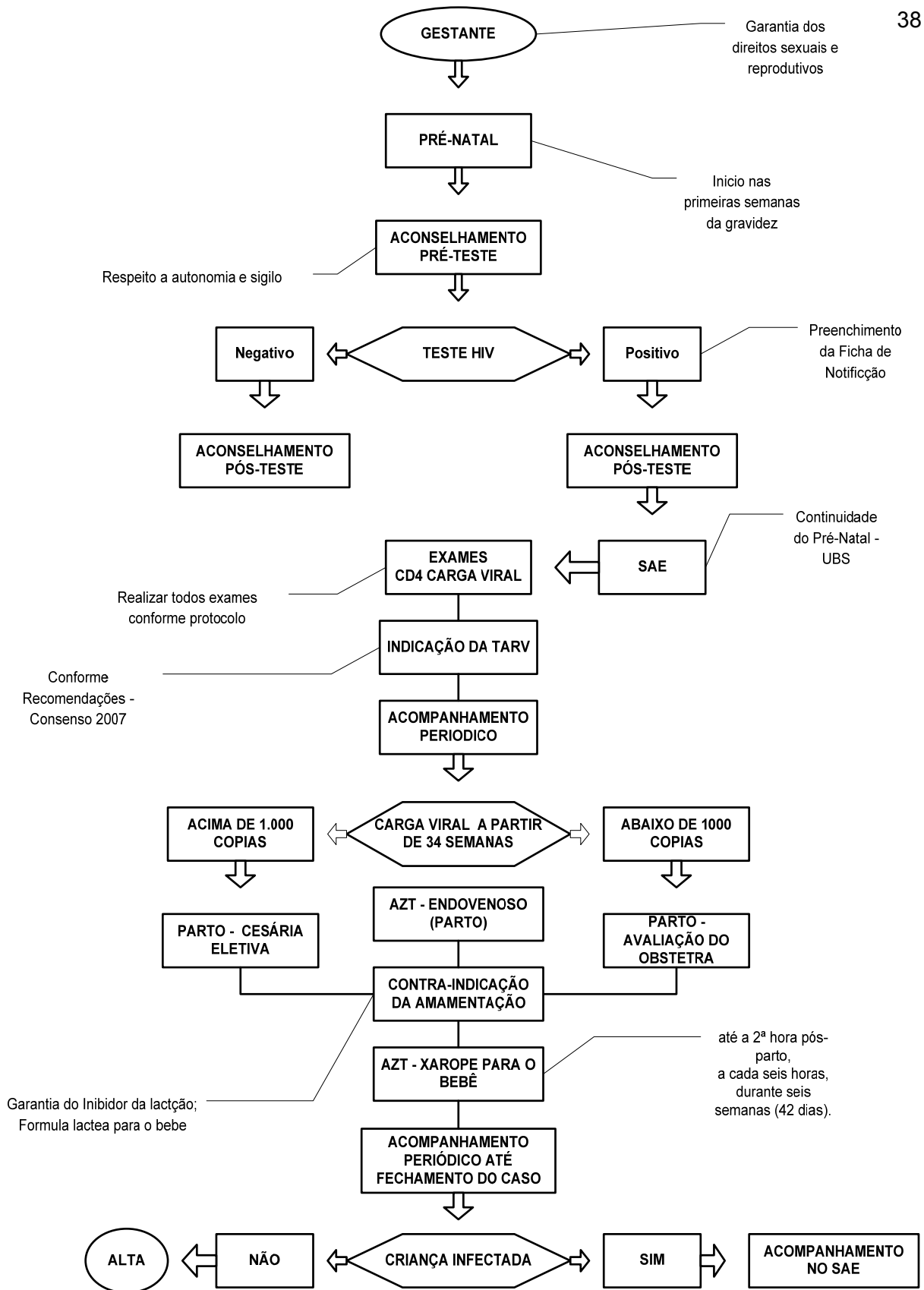
Para que as ações necessárias para a redução da TV fossem estabelecidas em todo território nacional, era preciso garantir a racionalidade que articula o

problema e as ações de controle. Assim, o PN-DST/AIDS criou um modelo lógico com base na abordagem para avaliação de programas do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), utilizado pelo Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação em DST/AIDS (BRITO et al., 2006).

As vantagens de se usar o modelo lógico são: a) propiciar uma compreensão comum e expectativas para os recursos necessários, o público a ser atingido e resultados esperados; b) descrever o desenho do programa e apontar ajustamentos críticos; c) mostrar o lugar do programa dentro da organização, identificando a hierarquia dos problemas, particularmente aqueles com vários níveis de gerenciamento; d) apontar um equilíbrio entre medidas chaves do desempenho que assinalem para as questões da avaliação, melhorando assim a coleta e utilização dos dados (MCLAUGHLIN; JORDAN apud SOUZA, 2006).

O modelo lógico do PN-DST/AIDS articula as dimensões estratégicas do programa, isto é, interrupção da transmissão vertical e o manejo do caso aos seus componentes técnicos: vigilância, assistência, prevenção, e promoção de vida com qualidade (BRASIL, 2005).

Já o modelo lógico utilizado no presente estudo prioriza os aspectos relacionados à reconstrução da assistência ofertada. A relevância está na existência das ações recomendadas pelo Ministério da Saúde no manejo dos casos positivos durante o pré-natal, parto e pós-parto, considerando que o foco desta avaliação são as falhas que aconteceram em todo esse processo (Figura 1).



Fonte: Adaptado das Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes (BRASIL, 2007A).

Figura 1: Fluxograma do Modelo Lógico para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV

2.3 Vulnerabilidade: compromisso de proteção

Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, derivada de *vulnus (eris)*, que significa “ferida” e expressa a disposição do indivíduo em ser ferido. Sua origem encontra-se na Advocacia Internacional pelos Direitos da Humanidade e designa grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (NEVES, 2006).

O termo vulnerabilidade foi introduzido no Brasil em 1993, a partir da publicação do texto AIDS no Mundo, de Jonathan Mann, e tem sido aprofundado por José Ricardo Ayres e colaboradores (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Ao discorrer sobre o problema da aids no mundo, Mann et al (1993) inicialmente, sustenta a existência de uma “vulnerabilidade biológica” presente em todos os seres humanos. Trata-se da probabilidade de uma pessoa tornar-se soropositiva, pela exposição ao vírus por relação sexual sem proteção ou transfusão de sangue. Isso quer dizer que todos estão sujeitos à contaminação, pois ainda não foi descoberta uma resistência biológica à infecção pelo HIV.

A explicação da vulnerabilidade biológica mostrou-se insuficiente diante da epidemia de aids e sua complexidade, admitindo o princípio de multicausalidade. A aids reúne vários fatores condicionantes e diferentes variáveis estão associadas à sua etiologia (MARTÍN, 1984).

Mann et al. (1993), ao estabelecerem padrões de referência para a avaliação da vulnerabilidade à infecção pelo HIV definidos em três planos interdependentes: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social, e vulnerabilidade programática.

Diante da atribuição individual e da susceptibilidade conferida pela infecção do HIV, Delor e Hubert (2000), explicitam a vulnerabilidade em três níveis: a) trajetória social, referindo-se a como cada pessoa segue o curso individual da sua vida; b) cruzamento de duas trajetórias, como ocorre na infecção pelo HIV que requer no mínimo dois indivíduos; c) contexto social, aquele que influencia decisões, e as formas de encontros entre as diferentes trajetórias.

A vulnerabilidade individual é diretamente ligada à questão biológica, mas, também, ao comportamento pessoal, às condições cognitivas, ao acesso pessoal às informações, entre outros. O comportamento individual, neste aspecto, é definidor para a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, porém, fatores presentes na comunidade podem influenciar a vulnerabilidade pessoal (MANN et al., 1993).

Os fatores que influenciam a vulnerabilidade individual caracterizam-se por um conjunto de respostas políticas, econômicas e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual, ou seja, a vulnerabilidade social. Portanto, para a avaliação de vulnerabilidade incorpora-se a relevância das relações sociais, econômicas, culturais e afetivas que configuram distintos contextos de intersubjetividade, nos quais as pessoas desenvolvem formas diferenciadas de interpretação e valorização das necessidades de saúde, assim como de apropriação dos conhecimentos sobre as alternativas para satisfazê-las (MANN et al., 1993; BUCHALLA, 2002).

Para Neves (2006), no âmbito das políticas de saúde, o princípio da vulnerabilidade revigora, com efeito, a qualificação de pessoas e populações como vulneráveis, e impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa e proteção.

No campo da aids, este seria um desafio permanente e de longo prazo que deriva dos elementos da organização dos serviços, caracterizando assim a vulnerabilidade programática. Paiva (2000) assinala que o plano programático engloba o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde, incluindo programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle do HIV e aids.

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV e aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. Os esforços para diminuir a vulnerabilidade programática envolvem principalmente a viabilidade e acessibilidade aos três principais elementos de prevenção identificados pela OMS: 1) informação e educação; 2) serviços sociais e de saúde; 3) não discriminação das pessoas portadoras de HIV e aids (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

A vulnerabilidade programática é definida de acordo com a qualidade, o conteúdo, e o processo, por meio do qual esses elementos são desenhados, implementados e avaliados. Seu planejamento e execução ocorrem em níveis nacional, regional ou local, e os seus executores são os governos municipais,

estaduais e federal, ou até mesmo as organizações não-governamentais. Reporta-se aos recursos sociais, disponibilizados de modo efetivo e democrático, de que as pessoas precisam para se proteger (PAIVA, 2000).

Contudo, ao considerar a avaliação da vulnerabilidade, a programática é a desencadeadora dos outros dois aspectos, o social e o individual. A esse respeito, o texto de Palma (2002, p. 217), contribui com sagacidade:

Grupos específicos, com menor poder de barganha, definido em função de interesses coletivos de grupos sociais mais amplos, tornam-se, muitas vezes, incapacitados de reagir. O enfraquecimento do Estado, a fragilidade do sistema judiciário, a debilitação biológica, a influência das grandes corporações sobre os governos, a carência de opções de escolha, as desigualdades sociais, a falta de informações etc., são todos os aspectos que podem contribuir para o cenário de vulnerabilidade. O aspecto político da vulnerabilidade revela que seu maior problema é a ausência de poder, que impede os “vulneráveis” de perceberem como as carências são impostas e seus interesses obstruídos (PALMA, 2002, p. 217).

2.3.1 Vulnerabilidade programática diante da transmissão vertical do HIV

A noção de vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao HIV ou sua menor chance de proteção (AYRES, 1999).

No cenário da TV, a vulnerabilidade programática refere-se principalmente à falta de qualidade da assistência pré-natal, dificuldade de estabelecer o cumprimento das recomendações de profilaxia, e oferta deficitária do atendimento ao parto e puerpério. Destaca-se que, ao considerar a vulnerabilidade programática em relação à qualidade da assistência dirigida às mulheres, a vulnerabilidade de gênero é significativa, pois determina como os atores desenvolvem seus papéis sociais, sejam gestores, profissionais da saúde, ou as próprias usuárias dos serviços.

As políticas de saúde não abrangem a perspectiva de gênero. Não há estudos específicos sobre como o HIV e o tratamento afetam o organismo feminino em particular. Até há pouco tempo, negava-se o direito das mulheres soropositivas de ter filhos. Ao engravidar, tais mulheres eram vistas como criminosas. Estes problemas têm a ver com uma questão cultural que a aids pontua em destaque (VALENTE, 2007).

Neste contexto, foi lançado, em 2007, o Plano Brasileiro de Enfrentamento da Feminização da Epidemia, com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades das mulheres em relação ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. A preocupação com a vulnerabilidade de gênero aparecia descrita no documento (BRASIL, 2007b).

As variáveis vinculadas à desigualdade de gênero devem ser consideradas, quais sejam: a inexistência ou a insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres; a persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo, concentrando esforços na proteção à maternidade; a falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres; a persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo tanto masculino quanto feminino; a menor empregabilidade feminina, a ocupação das posições mais precárias pelas mulheres e nos setores informais da economia; a violência doméstica e sexual (BRASIL, 2007b, p. 9).

A meta deste plano é de ter reduzido, até 2008, a taxa da transmissão vertical do HIV de 4% para menos de 1%. Para o cumprimento da meta foram determinadas as seguintes ações: divulgação dos manuais e protocolos; capacitação de recursos humanos para atendimento especializado; operacionalização do plano de redução da TV do HIV; e implantação de teste rápido para o HIV, com aconselhamento, em cenários específicos.

Apesar da intencionalidade do plano, a vulnerabilidade programática das ações de controle da TV do HIV, é marcante. Em estudo realizado por Feliciano e Kovacs (2002), com o objetivo de avaliar a operacionalidade das ações de prevenção da transmissão materno-fetal do HIV na assistência pré-natal, foram

verificados problemas organizacionais gerais, tais como obstáculos para acesso ao atendimento, desvalorização do trabalho educativo, demanda reprimida para diagnóstico laboratorial e falta de articulação entre as diversas atividades que compõem o conjunto das ações programáticas.

Espera-se que a vulnerabilidade programática em relação à TV do HIV, seja reduzida e, para tanto, é importante que haja garantia do acompanhamento das mulheres desde o diagnóstico do HIV, respeitando seus tempos e ajudando-as na capacitação para o desenvolvimento de sua autonomia. Segundo Pérez (2007, apud VALENTE, 2007, p. 10), “[...] isto não implica apenas saber como usar um preservativo, mas negociar com o médico o melhor tratamento, reclamar para Estado remédios de qualidade, apelar à Justiça”.

Diante da vulnerabilidade programática instaurada, verifica-se a existência de um sério problema de Saúde Pública. O discurso hegemônico, no entanto, critica mulheres com HIV que têm bebês soropositivos, isto é, a culpa maior ainda recai sobre elas. O que pouco se considera é o fato de que a maior parte dessas mulheres, quando ciente de sua condição sorológica, compromete-se a fazer os procedimentos profiláticos, evitando assim a transmissão vertical (FELICIANO; KOVACS, 2002).

2.4 Avaliação em saúde

A existência da avaliação tem origem no próprio início da humanidade, pois sempre foi empregada pelo ser humano de modo informal na rotina da sua vida, desenvolvendo-se até a contemporaneidade. A avaliação informal é estruturada em percepções altamente subjetivas, e baseia-se em evidências coletadas formalmente no instinto, na experiência, na generalização ou na falta de procedimentos sistemáticos (MOREIRA, 2002).

Scochi (1996) salienta que, a partir dos anos 60, a preocupação com a avaliação em saúde é impulsionada pelo rápido crescimento dos gastos neste setor. Destaca-se, neste aspecto, o método CENDES/OPAS (Centro de Estudos para o

Desenvolvimento/ Organização Pan-Americana de Saúde) que incorpora como idéia central a eficiência no uso dos recursos, e marca a visão normativa de planejamento e avaliação na América Latina. (FEKETE, 1997). A avaliação, a partir de então, passa a fazer parte do planejamento e gerenciamento de programas sociais, enfatizando o caráter de comprovação da efetividade.

É interessante, porém, observar que as práticas avaliativas em saúde somente ganham espaço no Brasil ao final da década de 1980, com a perspectiva de auxiliar na reorganização da atenção básica em saúde, com vistas aos princípios do SUS.

A avaliação vem sendo vista numa perspectiva interdisciplinar, na qual novas metodologias estão sendo desenvolvidas com o objetivo não apenas de demonstrar a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas de melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades do mercado e da estrutura pública mundial (MOREIRA, 2002).

A avaliação poder ser conceituada de diferentes formas. Segundo Contrandriopoulos et al. (1997, p. 31):

[...] baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) e de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

De acordo com Akerman et. al. (2004), avaliar é produzir um “juízo de valor ou mérito” para alguma ação humana sobre o ambiente social. Ele ainda ressalta que nos primórdios, avaliadores consideravam que os fatos “falavam por si mesmos” e que a avaliação era isenta de valores. Esta teoria vem sendo cada vez mais criticada, dado que os programas sociais sempre trazem valores implícitos. Para realizá-la, utiliza-se um conjunto de procedimentos metodológicos.

Este conjunto de procedimentos sistemáticos busca dar visibilidade ao *que é feito* por referência ao *que se pode e/ou se quer fazer* com respeito ao interesse,

efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde (AYRES, 2004).

Hartz (1999; 2000) ressalta que o processo de avaliação envolve a coleta de dados e o processamento e análise da informação. Assim, é fundamental um planejamento adequado desde o início para que a coleta do material atenda às perguntas que se pretende responder. A avaliação supõe a utilização de um conjunto de modelos, instrumentos e técnicas.

A avaliação no campo da saúde vem tendo destaque crescente, pois pode proporcionar o surgimento de questionamentos importantes sobre a prática da atenção à saúde e desta forma contribuir para reestruturação dos serviços. O Ministério da Saúde considera que a avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema efetivo de avaliação pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2002b).

Para Akerman et al. (2004), na implementação de políticas públicas que têm a promoção da saúde como eixo, atores sociais têm discutido a necessidade de aprimorar processos avaliativos para conhecer, adequadamente, os resultados de tais ações. As instituições de investigação e gestão vêm se ocupando do tema da avaliação, desenvolvendo metodologias de monitoramento e avaliação de programas, ações e atividades, para subsidiar as políticas públicas.

Para a realização de um estudo avaliativo, é necessário intencionar que uma metodologia de avaliação possa contribuir para o aprendizado, a ação e a transformação de práticas sociais, porém, conforme salientam Mercado e Bosi (2006), a maioria das práticas avaliativas segue o modelo tradicional que tem como pressuposto a realidade correspondendo a um conjunto de fatos objetivos, observáveis e quantificáveis, sendo passível de estudo mediante o método científico.

Neste aspecto, considera-se que a avaliação requer atenção metodológica, pois não são raras as apresentações numéricas sem correlações servirem a propósitos avaliativos no setor saúde, caracterizando as propensões positivistas predominantes das investigações epidemiológicas. Destaca-se que no uso cotidiano

o termo “avaliação” apropria-se de um sentido positivista, pois incorpora o significado secundário de “punir”, antônimo de “premiar”, vinculando uma predisposição de medo dos avaliados em relação aos avaliadores. Esta noção deve-se ao entendimento de que avaliar significa o ato de determinar o valor, ao ainda o preço, o mérito de algo ou alguém (FERREIRA, 1986).

No campo da avaliação em saúde, esta concepção não é diferente, pois a sua prática nos serviços de saúde, ainda constituiu procedimentos normativos, em sua grande maioria envolvendo questões relacionadas à vigilância e a auditoria em “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável”, a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática (AGUILAR, ANDER-EGG, 1994).

A busca por esclarecimentos metodológicos mostrou que o quadro conceitual mais acatado no delineamento da avaliação dos serviços de saúde foi estabelecido por Donabedian, (1966; 1986). Nestes documentos, ele define que as áreas merecerem exame do analista de determinado estabelecimento de saúde ou dos profissionais cujo desempenho se busca aquilatar são: a estrutura, o processo e os resultados (AZEVEDO, 1991).

Azevedo (1991), citando Donabedian (1982), define que *estrutura* corresponde aos recursos utilizados, aqui incluídos, os físicos (planta e equipamento), recursos humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento. O *processo* implica as atividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os *resultados* correspondem às conseqüências da atividade do estabelecimento de saúde ou do profissional em análise, para a saúde dos indivíduos ou das populações.

Outro ponto que deve ser analisado em relação aos estudos avaliativos, refere-se ao foco de avaliação. Segundo Akerman et al. (2004), tudo que vale a pena ser feito, vale a pena ser avaliado, porém o mesmo autor em 1992 ressalta que:

[...] há que se decidir e explicitar se o foco da avaliação se concentra na qualidade da cura ou do cuidado e qual aspecto da qualidade estaria sendo considerado. Há uma tendência tradicional em se concentrar na avaliação da qualidade da cura (AKERMAN et al., 2004, p. 364).

Ao se assumir a promoção da saúde como norte para a construção dos juízos que permitem formular o pressuposto: “O que se quer e se pode fazer?” Para avaliar uma determinada prática de saúde, uma primeira constatação é a de que não é suficiente adotar como critério normativo os padrões de correção de uma disfunção ou dismorfia, restabelecimento de um bem-estar físico ou psíquico ou prevenção e controle de certa ocorrência ou sua freqüência populacional (AYRES, 2004).

Entende-se que a compreensão dos significados políticos, econômicos e ideológicos, quando se investigam práticas de saúde, deve estar presente ao se estudar a capacidade dessas práticas modificarem a situação de saúde de determinada população (FELISBERTO, 2001).

Nesse sentido, para além e junto do monitorar do êxito técnico, instrumental, dos arranjos tecnológicos e gerenciais das práticas de saúde, é preciso que a avaliação elucide e favoreça as potencialidades das práticas de saúde para gerar processos criativos e solidários de melhoria da vida de indivíduos, comunidade e populações. Ou seja, participando como um dispositivo de autocompreensão e construção das necessidades e aspirações humanas, as práticas avaliativas devem poder orientar-se continuamente para a obtenção de sucessos práticos (AYRES, 2004).

Avaliação, contudo, não seria considerado um fim em si mesmo, mas um processo onde um julgamento explícito é elaborado, e a partir daí desencadear-se-ia um movimento de transformação na direção da qualidade previamente desejada (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992).

Em alusão as modalidades mais adequadas ou melhores de avaliação, Novaes, 2000 afirmar que, substancialmente, o valor da avaliação encontra-se na construção de avaliações em saúde produtoras de conhecimentos utilizáveis na

sociedade, o que implica em como avaliador e avaliado incorporam e interagem com teor das conclusões, no contexto onde a avaliação se desenvolve.

2.4.1 Avaliação em saúde e evento sentinela

A avaliação de resultados é o tipo de avaliação mais habitualmente empregado. Define a efetividade das ações, mostrando até onde este conseguiu atingir os resultados esperados e os objetivos propostos. Segundo Donabedian (1980) resultado é o impacto positivo ou negativo.

Malta et al. (2005), citando Rutstein (1976), afirmam que se pode medir a qualidade da atenção à saúde, a partir da ocorrência de indicadores negativos de saúde, ou seja, indicadores indesejáveis e, portanto, passíveis de serem evitados. Ou seja, devem ser entendidos como alerta: sua ocorrência é por si negativa e deve ser investigada. É instrumento de avaliação sistemática da qualidade das ações de saúde. A visibilidade do processo de avaliação é outra característica do método, permitindo a realização de análises comparativas e emissão de juízo de valor sobre o desempenho geral do sistema.

No campo da avaliação, muitos estudos baseados na teoria dos eventos sentinelas já foram desenvolvidos. Hartz et al. (1996) recorreram a um indicador tradicional (taxa de mortalidade infantil) e um “índice mortes evitáveis” na condição de “evento sentinela” para avaliar a qualidade da assistência à saúde em dois municípios brasileiros. Szwarcwald e Castilho (2000) estudaram uma população sentinela de gestantes para estimar, após correção dos dados disponíveis, a população brasileira de infectados pelo HIV na faixa de 15 a 49 anos. Vasconcelos e Ribeiro (1997) na investigação epidemiológica e intervenção sanitária para a saúde do trabalhador. Ballani e Oliveira (2007) para vigilância epidemiológica de internação de jovens com diagnóstico de intoxicação aguda ou efeitos secundários decorrentes do uso de drogas de abuso.

Evento sentinela é a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária. Desnecessária ou prevenível seria a ocorrência que poderia ter sido

evitada segundo a disponibilidade de condições tecnológicas médicas. Este conceito foi introduzido na área de saúde em 1976, por Rutstein e colaboradores (RUTSTEIN et. al., 1976).

Ampliando-se o conceito proposto, o evento sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente. A sua ocorrência desencadeia uma investigação para a detecção das falhas que tornaram o evento possível, visando sua correção para garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde (PENNA, 1987).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

“É necessário comunicar a toda a sociedade que a ciência avançou e avança e que os dias da AIDS estão contados. A esperança não é um ato de irracionalidade, é uma esperança que anda de braços dados com a vida e com a solidariedade”.

Herbert de Souza, 1997

3.1 Linha metodológica

Para avaliar os serviços de assistência que estão envolvidos no atendimento das mulheres portadoras do vírus HIV na 15ª RS, em relação às ações de prevenção e controle da TV, optou-se por adotar o evento sentinela, para construção do estudo avaliativo, pois este tem sido considerado como de baixo custo de aplicação e eficiência na detecção de falhas no processo de trabalho.

A técnica dos estudos avaliativos caracterizados como evento sentinela segue o caminho inverso, ou seja, procura detectar as falhas do processo a partir do efeito indesejado, portanto pode ser considerado como estudo retrospectivo (PENNA; FAERSTEIN, 1987).

Para realizar-se esta técnica de avaliação foi necessário rever o processo de episódios do evento sentinela, identificando os fatores causais das variações, o que inclui a descrição das ocorrências, a reconstrução da trajetória das ocorrências, a identificação dos serviços envolvidos e dos fluxogramas de atendimentos.

3.2 Local do estudo

A 15ª RS é uma das 22 regionais da Secretaria de Estado da saúde do Paraná, situa-se na Região Noroeste do estado e abrange 30 municípios da região, dos quais 21 com menos de 10.000 habitantes, tendo Maringá como município sede

(Anexo 1). A população estimada para o ano 2003 foi de 663.074 habitantes, dos quais 45,8% eram residentes em Maringá (IBGE, 2007).

Pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), dois municípios encontram-se na gestão plena de sistema (Maringá e Mandaguari), sendo que os demais estavam na gestão plena da atenção básica.

A economia predominante da região é a agropecuária, sendo que o município de Maringá, por situar-se num entroncamento viário, vem crescendo nos últimos anos com a instalação de indústrias e grandes empresas comerciais. Em função disso, atrai populações de várias regiões brasileiras à procura de novas oportunidades de trabalho.

Maringá, a partir de 1999, passou a receber o incentivo do AIDS II. A partir de então, várias foram as capacitações realizadas em conjunto com a 15ª RS e a Universidade Estadual de Maringá, que envolveram, em todas elas, também os profissionais de saúde pertencentes aos 29 municípios da região.

Como referência laboratorial, Maringá conta com o laboratório municipal e o LEPAC (Laboratório de Análises Clínicas da UEM), que realiza as sorologias para o HIV para os outros 29 municípios da região. O LEPAC é referência também para outros exames mais especializados e, dependendo do tipo de exame (a contagem de CD4 e carga viral) para municípios pertencentes a outras regionais de saúde. Por localizar-se em município em gestão plena do sistema, o pagamento e o controle desses exames são feitos pelo gestor local, que mantém uma cota fixa de exames para cada município.

A coleta de sangue das gestantes é realizada nos municípios por intermédio de um laboratório municipal ou, quando esse não possui um laboratório próprio, por compra de serviços privados por meio de convênio SUS. Esses laboratórios conveniados realizam os exames básicos do município conforme cota fixa, com repasse de verba diretamente do MS. Parte do material coletado é aproveitada para a realização dos exames básicos de rotina e a outra parte é reservada para os exames de AIDS, marcador da hepatite B (HBS Ag) e toxoplasmose IGG e IGM, que são encaminhados semanalmente ao LEPAC pela prefeitura.

As gestantes com sorologia positiva, detectadas pelas unidades básicas de saúde (UBS), são indicadas para quimioprofilaxia com AZT e encaminhadas ao Serviço de Atendimento Especializado de Maringá (SAE), pertencente ao Ambulatório Municipal de DST/HIV/AIDS de Maringá, localizado na Policlínica Primo Marcelo Monteschio, na cidade de Maringá.

Em 1994 o SAE foi inaugurado, sua gestão era estadual, passando em 2002 para o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação Municipal do Setentrião Paranaense (CIS/AMUSEP), e em 2004 para a Secretaria de Saúde de Maringá.

As mulheres ou crianças identificadas nos serviços de atendimento ao pré-natal e parto hospitalar como portadoras do HIV são encaminhadas para o SAE. As gestantes, ao saberem que estão infectadas pelo vírus HIV, são acompanhadas por esse serviço por meio do atendimento com infectologista, e lhes são oferecidos os exames de controle específicos para o controle do HIV e aids, como os testes de carga viral e contagem de CD4 periódicos, a prescrição e provimento dos anti-retrovirais. Além disso, elas também recebem apoio psicossocial, que é fornecido pela equipe multiprofissional com enfermeiro, psicólogo e assistente social. Porém, a demanda relativa à rotina do acompanhamento do pré-natal, como também da puericultura, deve ser suprida pelos serviços de atenção básica de cada município.

No SAE, a gestante é avaliada e acompanhada periodicamente em relação ao seu estado imunológico, além de receber o kit para a quimioprofilaxia e fórmula láctea do recém-nascido. A continuidade do pré-natal pode ou não, acontecer ser no SAE, caso ela seja moradora de Maringá, pois há a opção continuidade ao pré-natal na Unidade Básica de Saúde, mais próxima à residência.

3.3 População de estudo

Primeiramente, foi necessário identificar as mulheres portadoras do HIV e aids que tiveram filhos, atendidas no serviço público de referência - Serviço de Atendimento Especializado de Maringá (SAE). Para tanto, foi realizado o cruzamento de duas fontes de informação em saúde, o banco de dados do Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e o banco de dados organizado e alimentado no SAE-Maringá, que traz o Relatório de Casos Acompanhados.

O SINAN é o sistema de informação utilizado em todo o Brasil, para notificar e investigar os agravos de notificação compulsória, regulamentado pelo Decreto n. 78.231/76. A sua implantação no País aconteceu a partir de 1992. Neste estudo, o SINAN foi utilizado para verificação das gestantes infectadas pelo HIV e/ou com diagnóstico de AIDS.

Considerou-se importante buscar as duas fontes de informação visto que os registros do SINAN nem sempre são confiáveis. A avaliação da qualidade do preenchimento das variáveis consideradas importantes para o SINAN revelou uma situação desfavorável, comprometendo a análise dos dados. O estudo da confiabilidade entre a base primária e o SINAN corrobora a necessidade de desenvolver um plano para aprimorar a qualidade do último nos vários níveis dos sistemas de saúde, à semelhança de outros sistemas de informação mais consolidados (SARACENI et al., 2005).

Após a identificação das mulheres soropositivas para o HIV e que tiveram filhos, atendidas no serviço público de referência - Serviço de Atendimento Especializado de Maringá (SAE) foram utilizados os seus prontuários para coletar dados inexistentes nos bancos anteriormente consultados. Para esta etapa, foi elaborado roteiro (Apêndice 01), que serviu de para a coleta e registro de dados relevantes sobre as características da população em estudo, como também da ocorrência da TV.

Posteriormente, as informações coletadas foram organizadas em um novo banco de dados, criado no Excel especialmente para o desenvolvimento do estudo, as variáveis presentes nesse banco são as seguintes: idade da mãe, situação conjugal, anos de estudo, profissão, município de residência, ano de diagnóstico, forma de contaminação pelo vírus HIV, situação atual em que se encontra a evolução da infecção, número de gestações, idade gestacional do início da profilaxia para a transmissão vertical, ano de nascimento do filho, existência de notificação no SINAN, liberação do kit, situação atual em que se encontra a criança em relação ao diagnóstico.

Os dados foram descritos quantitativamente com análise simples do número de ocorrências e cálculo de porcentagens, a partir dos quais se obteve a caracterização das mulheres soropositivas para o HIV que engravidaram e os indicadores da realização da profilaxia para a transmissão vertical do HIV, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Seguindo a técnica para estudos sentinelas, fez-se necessária a reconstrução da trajetória dos atendimentos, revendo possíveis falhas existentes que possibilitaram a sua ocorrência. Para tanto revisitou-se a história individual de cada mãe em relação à assistência recebida no pré-natal, parto, puerpério, até o momento da confirmação da soropositividade de seu filho.

A amostra total de 145 ocorrências, atendidas no serviço foi reduzida, levando-se em consideração os seguintes critérios: diagnóstico para o HIV/AIDS em crianças nascidas após 1996 (ano de início do uso da terapia anti-retroviral em gestantes no Brasil), cujas mães estivessem vivas com condições de participar das entrevistas e aceitando a participação no estudo, conforme preceitos éticos de pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

O fluxograma apresentado a seguir ilustra como foi selecionada a amostra para reconstrução da trajetória dos atendimentos.

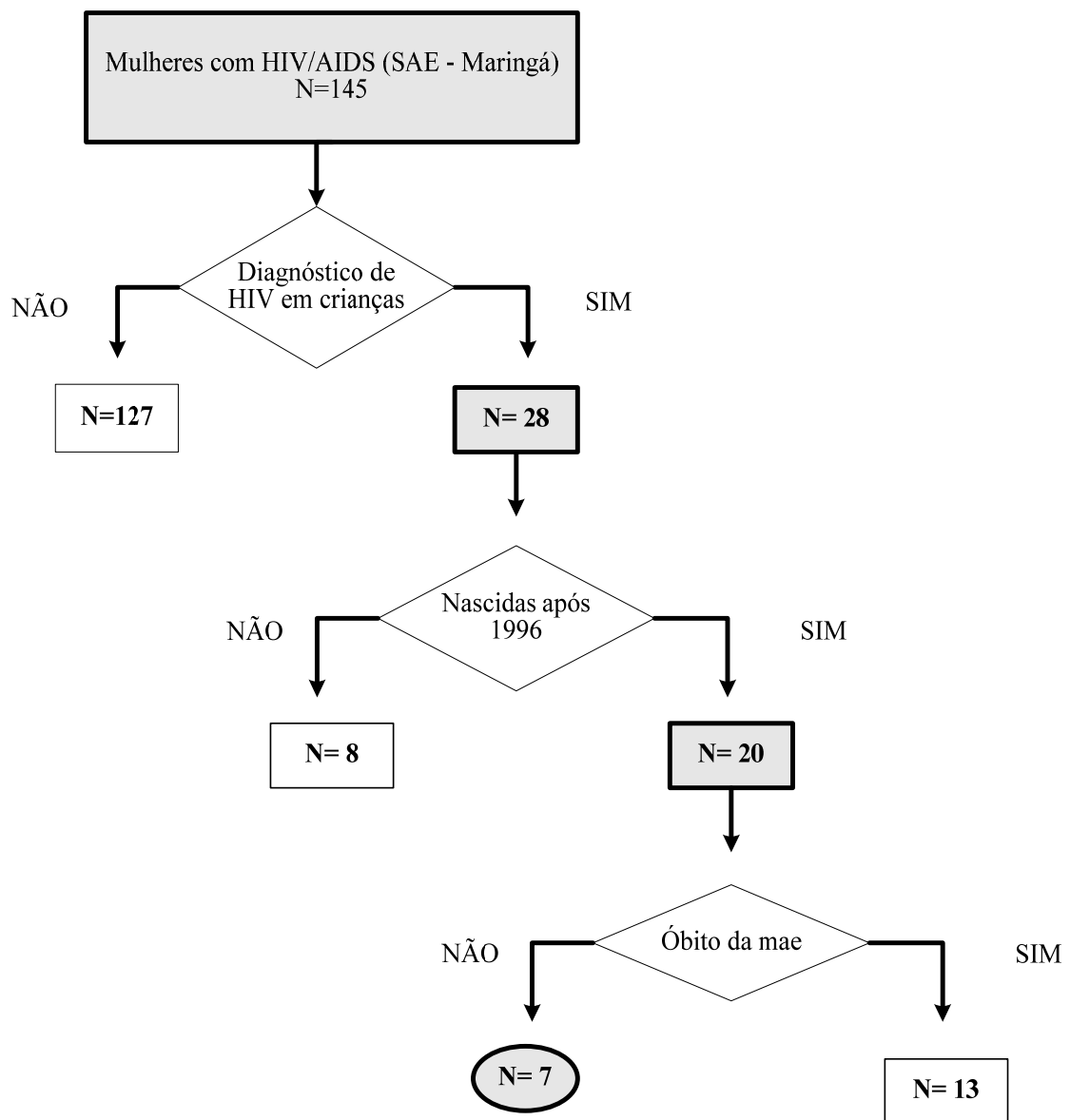


Figura 2: Fluxograma para Seleção da Amostra

3.4 Instrumentos para coleta de dados

A entrevista foi eleita como fonte de dados, pois, acredita-se que a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, pelo porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004).

A parte inicial das entrevistas configurou-se por questões norteadoras, abertas, permitindo que as entrevistadas pudessem falar de suas percepções sobre a transmissão vertical, de acordo com as experiências vivenciadas nos serviços onde foram atendidas (Apêndice 2).

Considera-se, que as análises dos sujeitos sociais envolvidos não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam seus discursos. Desta forma o pesquisador não será o único que dará explicações e análises dos fatos sociais (MINAYO, 2004).

Para realização das entrevistas, foi feito contato prévio para o agendamento em local e data escolhidos pelas entrevistadas. Todas as entrevistadas optaram pela realização das entrevistas em suas próprias casas, em horário que estivessem sozinhas, ou seja, momento em que os seus filhos não estivessem por perto. Este cuidado decorreu da preocupação das mães em não expor as crianças às narrativas das histórias que resultaram no diagnóstico para o HIV. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O conteúdo obtido nas transcrições foi analisado completando as informações coletadas em prontuários, necessárias para a composição da reconstrução das trajetórias vivenciadas pelas mulheres nos serviços de saúde.

O próximo componente do estudo sentinela refere-se à identificação dos serviços envolvidos e fluxograma de atendimento, ou seja, a partir dos dados coletados e trajetórias de atendimento confeccionou-se a representação de fluxograma de atendimento da mulher no sistema de saúde, apontando quais os setores de saúde envolvidos na prevenção da transmissão vertical.

A construção do fluxograma de atendimento permitiu a análise em relação aos serviços de saúde pelas características das ações prestadas de prevenção da transmissão vertical, e possíveis falhas ou omissões existentes diante das diretrizes já definidas, como prevêem os estudos de evento sentinela. “A técnica de eventos sentinela parte, portanto da constatação da existência de uma falha no produto para a investigação das falhas de processo que contribuíram para o efeito negativo” (PENNA; FAERSTEIN, 1987, p. 127).

3.5 Análise dos dados

A análise de um estudo avaliativo necessita de atenção especial, pois se trata de procedimento complexo ao apontar considerações quanto a conteúdos de investigação pertencentes a realidades externas às do pesquisador. Como afirma Bosi e Marcelo (2006, p. 45): “[...] salvo algumas exceções, os trabalhos avaliativos não mencionam métodos de análises específicos para lidar com a informação relativa ao mundo dos outros, ao simbólico ou as estruturas de significação”.

Neste aspecto a técnica de evento sentinela sinaliza uma abordagem de análise estruturada com base nas seguintes características: a) enfoca primariamente sistemas e processos, não o desempenho individual; b) evolui de causas especiais em um processo clínico para causas comuns em processos organizacionais; c) pesquisa profundamente o processo através de questionamentos repetidos (por quê?), até que nenhuma resposta lógica possa ser identificada; d) identifica as alterações que devem ser feitas no sistema e processos para melhorar o nível de desempenho e reduzir o risco de ocorrência de um evento sentinela.

Levando em considerações a técnica do evento sentinela e os objetivos do estudo, a análise contempla inicialmente a confrontação do modelo lógico com o fluxograma de atendimento gerado por meio das reconstruções das trajetórias de atendimento, identificando causas para a ocorrência do evento.

Entendendo a importância de explicar a amplitude e complexidade da ocorrência do evento sentinela, e por considerar que existem fatores além da assistência a saúde relacionada à transmissão vertical do HIV, tratou-se sob o enfoque da noção de vulnerabilidade, as categorias identificadas nas trajetórias reconstruídas, e as causas obtidas com o fluxograma de atendimento após comparação com o modelo lógico.

O marco conceitual eleito para esta análise compreende a definição e classificação dada por MANN et al., 1993. Propõe a sua operacionalização através da definição de três planos interdependentes: a) vulnerabilidade individual - grau e qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; b) vulnerabilidade social: avalia a obtenção

das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições;

c) vulnerabilidade programática: consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e após a obtenção dos avais para a realização da pesquisa dos seguintes serviços de saúde: Coordenação Municipal de Maringá de DST/HIV/AIDS, Coordenação da 15ª Regional de Saúde de Maringá, Direção do Hospital Universitário Regional de Maringá, e Direção do Hospital e Maternidade Santa Casa de Misericórdia de Maringá.

As entrevistas somente foram realizadas mediante termo de consentimento assinado em duas vias, sendo a primeira via do participante do estudo e a segunda do pesquisador, conforme modelo (Apêndice 3). Todos os participantes do estudo receberam esclarecimentos sobre o caráter sigiloso da pesquisa, bem como da garantia de seu anonimato, e que resultados globais da pesquisa serão divulgados em periódicos específicos, depois dos devidos tratamentos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

“Toda informação é, de certa forma, uma proposta ou elemento de formulação de propostas. É matéria-prima fundamental da ação política”.

Herbert de Souza, 1997

Os resultados obtidos com a pesquisa representam o conjunto dos dados coletados nas diferentes fontes de informação, conforme foi explicitado no capítulo anterior, e sua apresentação foi construída com o intuito de identificar as possíveis falhas existentes para o atendimento de mulheres e crianças que vivenciaram a situação de exposição em relação à TV do HIV.

4.1 Ocorrências de exposição à transmissão vertical do HIV

Foram identificados 145 casos de exposição, nos registros desde a inauguração do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), em 1994, até julho de 2007. Este número não equivale ao número de mulheres portadoras do HIV que engravidaram, antes ou depois do diagnóstico, pois 30,3% tiveram mais de uma gravidez.

O Gráfico 1 ilustra as ocorrências desde 1991 (nascimento em 1991 e o registro no SAE foi posterior a 1994) a 2007. Destaca-se que no ano de 1999 houve incremento de 150% do número de exposições em relação ao ano anterior e conseqüentes casos positivos. A média anual das ocorrências correspondentes à TV do HIV foi de dois casos positivos, para nove casos de exposição.

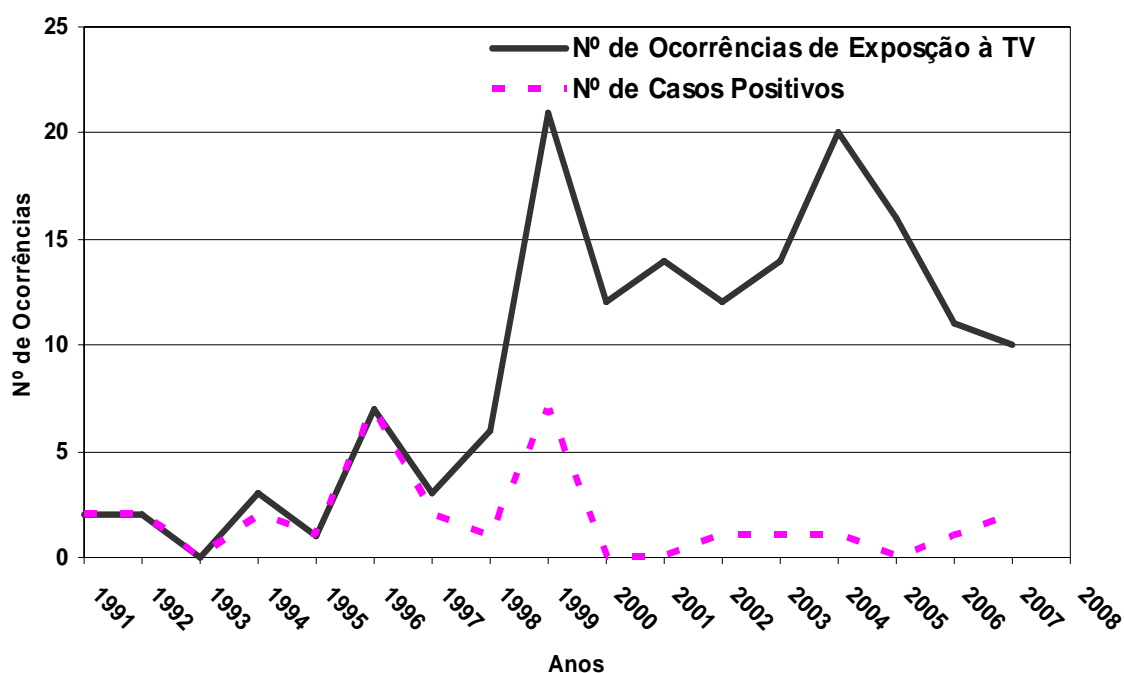


Gráfico 1: Ocorrências de exposição à Transmissão Vertical do HIV, 15ª Regional de Saúde do Paraná, 1991 a 2007.

Ao final da década de 1990, percebe-se a diminuição do número de casos, mesmo com a continuidade do número elevado de exposições. Este período coincide com a introdução maciça e universal das ações profiláticas preconizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), particularmente a utilização dos anti-retrovirais em gestantes infectadas pelo HIV e recém-nascidos expostos. O aumento da cobertura das ações de prevenção e controle da aids durante o pré-natal e o parto, no Brasil, resultou na redução do número de crianças infectadas a partir de 1997, como foi identificado nos trabalhos de Souza Júnior (2004); Nishimoto et al. (2005); Brito et al. (2006).

4.2 Procedência das ocorrências de exposição à transmissão vertical do HIV

Os casos de aids, as ocorrências de exposições e os casos positivos de TV identificados do início da epidemia até 2007, para cada município da 15ª RS, são

apresentados na Tabela 1. Os dados demonstram o fenômeno que o Ministério da Saúde vem chamando de interiorização da epidemia da aids, ou seja, a tendência de ocorrência de casos em municípios de médio e pequeno porte, o que resulta em problemas para o controle da TV do HIV (BRASIL, 2003).

Tabela 1: Distribuição de todos os casos de HIV e aids, casos de exposições TV do HIV e casos confirmados de TV do HIV, por município da 15ª Regional de Saúde do Paraná, 1984 a 2007.

MUNICÍPIO	Nº HAB	CASOS HIV/AIDS		EXPOSIÇÕES		CASOS DE TV	
		Nº	% *	Nº	%	Nº	%**
Ângulo	2.807	04	50.0	02	1.4	02	100.0
Astorga	24.191	24	-	03	2.1	-	-
Colorado	21.049	09	-	01	0.7	-	-
Floraí	5.051	06	-	01	0.7	-	-
Floresta	5.215	05	-	02	1.4	-	-
Flórida	2.448	03	-	02	1.4	-	-
Iguaraçu	3.741	06	16.7	01	0.7	01	100.0
Itaguajé	4.508	08	-	01	0.7	-	-
Itambé	5.897	05	-	02	1.4	-	-
Mandaguaçu	18.226	20	-	01	0.7	-	-
Mandaguari	31.900	24	4.2	05	3.4	01	20.0
Marialva	30.007	34	2.9	03	2.1	01	33.3
Maringá	325.968	859	2.1	85	58.6	18	21.7
N. S. das Graças	3.904	04	-	01	0.7	-	-
Nova Esperança	25.719	33	-	04	2.8	-	-
Paiçandu	34.648	27	-	06	4.1	-	-
Paranacity	9.513	04	-	01	0.7	-	-
Santa Fé	9.784	16	6.2	03	2.1	01	50.0
Sarandi	79.747	157	2.5	21	14.5	04	20.0
Total	644.323	1248	2.2	145	100.0	28	21.0

* Proporção dos casos de TV em relação aos casos de AIDS.

** Taxa de Transmissão Vertical - proporção de gestantes infectadas pelo HIV que transmitem a infecção para o filho (são excluídos do número total de exposições os casos de aborto, pois a Taxa de TV é calculada em relação aos nascidos vivos).

Observa-se que a maioria, 58.6% dos casos de exposição à TV, ocorreu em Maringá, o que já era esperado, pois este município conta com 49.2% da população regional e responde como referência em atendimento de média e alta complexidade em saúde para 112 cidades do noroeste, sendo sede da região metropolitana.

No Brasil, 2.3% dos casos de aids ocorreram devido à TV, semelhantes aos 2.2% encontrados na 15ª RS. Porém, a relação entre o número total de casos de aids e os casos de TV do HIV, atingiu 50% no município de Ângulo e 16% em Iguaraçu, ambos os municípios de pequeno porte.

O estudo Sentinela Parturiente (BRASIL, 2002c) verificou que nos municípios de pequeno porte ocorrem os maiores problemas relacionados à prevenção da TV, pois o acesso às ações de saúde e a capacidade de resolução dos problemas são reduzidos. Um exemplo deste fato é que os maiores percentuais de início do pré-natal no terceiro trimestre ocorreram nestes municípios (SOUZA JÚNIOR, et al. 2004). É possível dizer que os problemas na assistência das gestantes soropositivas para o HIV, nos municípios de pequeno porte, podem estar relacionados com a qualidade da oferta do pré-natal pelos serviços de Atenção Básica.

Neste sentido, é válida a colaboração de Scochi (1996) que, avaliando a qualidade dos serviços de saúde, evidenciou que, em municípios de médio porte, as mulheres são estimuladas a fazer o pré-natal, porém os serviços não estão aptos a recebê-las. A mesma autora considerou que este fato deriva da precariedade do desenvolvimento de ações preventivas sistemáticas, mesmo com o incremento de acesso aos serviços de saúde, ocorrido a partir da municipalização da Atenção Básica.

Destaca-se, também, que um fator importante para a ocorrência de casos positivos nestes municípios pode ser a demora para obtenção do resultado do teste sorológico para o HIV. O teste atualmente utilizado é o ELISA (Ensaio Imunoabsorvente de Ligação de Enzimas) que, apesar da alta sensibilidade, não permite resultados rápidos, o que limita seu uso na identificação de pacientes em situação de urgência diagnóstica, como no caso das gestantes (DUARTE, 2006).

Além da questão técnica, há um agravante que pode contribuir para a demora da obtenção do resultado: a coleta é realizada no município de origem e o processamento do teste ocorre no LEPAC², laboratório de análises clínicas referência para 15^a RS. Esta situação pode gerar prazo ainda maior entre a realização do teste e o resultado.

² O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV é regulamentado por Portaria Ministerial n. 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, que define um conjunto de procedimentos por meio de um fluxo, a ser, obrigatoriamente, realizado pelos laboratórios, sejam eles públicos ou privados. Para que estes procedimentos diagnósticos sejam realizados, o laboratório deve estar equipado com uma estrutura de média complexidade.

Diante deste problema o PN-DST/AIDS tem como estratégia implantar o teste rápido para o HIV nos ambulatórios, de acordo com o que está previsto na Portaria 425, de 23 de julho de 2007. Esta estratégia visa a aumentar a cobertura da realização do teste anti-HIV em gestantes para oportunizar a profilaxia da TV do HIV, visto que o teste rápido não requer coleta de sangue via venosa, apresenta o resultado em 20 minutos, é portátil e fácil de utilizar, possibilitando sua condução em locais alternativos de testagem e aconselhamento.

A testagem rápida elimina o tempo de espera, não sendo necessário que as pessoas retornem para receber seus resultados, o que aumenta a eficácia de estratégias de testagem e reduz seus custos (FERREIRA JÚNIOR, 2005).

As taxas de TV nas cidades de Maringá e Mandaguari são de 21.7% e 20%, respectivamente, muito inferiores às taxas de Ângulo e Iguaraçu em 100% e Santa Fé em 50%. Os dois primeiros estão em gestão plena do sistema de saúde e, por conseguinte, maior autonomia para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no município, resultando em qualidade na atenção à saúde de sua população e por isso indicadores melhores.

Em relação à importância da gestão local para a qualidade da saúde da população, destaca-se a declaração de Fernandes (2002, p. 552), afirmando que “[...] a gestão local é a única que incorpora sujeitos ao processo decisório e amplia as possibilidades de o poder local interferir no direcionamento das políticas de saúde”.

Se, por um lado, verifica-se que a maioria das exposições ocorreu em Maringá, por outro, observa-se que as maiores taxas de transmissão ocorreram nos municípios de pequeno porte que estavam em Gestão Plena da Atenção Básica, com a conseqüente responsabilidade pelo desenvolvimento das ações referentes à oferta da assistência pré-natal e garantia das referências para a média complexidade, com taxa variando de 100% a 20%.

Pode-se inferir que as ações de controle e prevenção, da TV na 15ª RS, podem apresentar problemas em relação à definição das responsabilidades inerentes a cada esfera de governo. Gestores tanto Estaduais, quanto os Municipais de Saúde devem firmar compromissos claros sobre a parte da assistência que é

responsabilidade de cada um, bem como dos níveis de atenção. Mann; Tarantola e Netter (1992) consideram que a falta de organização dos serviços de saúde constitui um dos componentes da vulnerabilidade programática, e se somam aos aspectos individuais e sociais.

Neste sentido, é importante que fluxos de referência e contra-referência entre os serviços de Atenção Básica dos municípios de pequeno porte e o SAE regional sejam estabelecidos. Assim, o trabalho em rede poderia proporcionar melhores resultados, pois as barreiras ou dificuldades encontradas no atendimento às necessidades de saúde relacionadas à disponibilidade de infra-estrutura física e humana poderiam ser minimizadas.

4.3 Características sócio-epidemiológicas das mães soropositivas para o HIV

Observa-se na Tabela 2 que entre as 145 ocorrências de exposição, a maioria, (64.1%), ocorreu em mulheres que estavam na faixa etária entre 20 a 29 anos, e que a maior taxa de TV, (26.6%), foi em menores de 20 anos.

Neste aspecto vale lembrar que, infelizmente, quanto menor for a idade da mulher, mais tempo será despendido na procura de um serviço de pré-natal. Muitas vezes a jovem gestante tarda em procurar assistência médica por medo da reação da família ou falta de informação, o que compromete os resultados perinatais (SANT'ANNA; COATES, 2001).

Deste modo, pode-se perceber que, para as mulheres jovens, a infecção do HIV, e em consequência a ocorrência da TV para seus filhos, está relacionada à presença de vulnerabilidade social e programática. Assim, a faixa etária materna não deve ser encarada como um fator meramente biológico que, isoladamente, pode acarretar complicações para mãe e filho. Destaca-se que mais importante do que a idade seria as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto (AZEVEDO et al., 2002).

Tabela 2: Ocorrências de exposição e casos confirmados de TV do HIV por características sócio-epidemiológicas das mães, 15ª RS, 2000-2007.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	EXPOSIÇÃO À TV		TV CONFIRMADA	
		Nº	%	Nº	% *
Faixa Etária (em anos)	Menor 20	15	10.3	04	26.7
	20 – 24	46	31.7	10	22.2
	25 – 29	47	32.4	07	16.3
	30 – 34	26	17.9	05	19.2
	35 e Mais	11	07.6	02	22.2
Anos de Estudo	Até 4 anos	71	49.0	14	20.3
	5 a 8 anos	30	20.6	05	17.8
	9 a 11 anos	39	26.9	07	19.4
	12 ou mais	05	3.4	02	40.0
Atividade Ocupacional	Do lar	86	59.3	21	25.3
	Doméstica	20	13.8	03	16.7
	Profissional do sexo	02	01.4	-	-
	Outras	37	25.5	04	11.1
Situação conjugal	Com companheiro	86	59.3	13	16.0
	Sem companheiro	59	40.7	15	26.3
Nº de gestações	1	102	70.3	21	22.1
	2 a 3	38	26.2	06	21.4
	Acima de 3	5	2.7	01	3.6
Categoria de Exposição	UDI	14	9.7	02	14.3
	Heterossexual	131	90.3	26	21.0
Situação atual do acompanhamento	Sem uso de TARV (HIV)	26	17.9	-	-
	Em uso de TARV (AIDS)	80	55.2	16	21.9
	Abandono	10	6.9	-	-
	Transferência	14	9.8	-	-
	Óbito	15	10.3	12	80.0

* Proporção dos Infectados considerando somente os nascidos vivos, portanto retirados os abortos.

Quanto à escolaridade, utilizou-se o critério de anos de estudo, e o resultado demonstra que 49% das mulheres possuíam até quatro anos de estudo, com taxa de TV do HIV de 20.3% (Tabela 2). A escolaridade, é considerada variável de situação sócio-econômica, interligando-se ao fenômeno de pauperização da epidemia da AIDS no Brasil nos últimos anos, como mostrou o estudo de Brito e colaboradores em 2000.

Houve expressiva mudança no perfil da escolaridade dos casos notificados entre adultos e adolescentes. A totalidade dos casos de AIDS, com escolaridade conhecida, diagnosticados até 1982, apresentava nível superior ou médio; já em 1985, o percentual deste grupo alcançou 76%, enquanto apenas 24% dos casos eram analfabetos ou cursaram os primeiros quatro anos do ensino fundamental. Nos anos subseqüentes, houve tendência progressiva

de aumento no registro de casos em indivíduos com menor grau de escolaridade, observando-se em 1999/2000, entre os casos com escolaridade informada que, 74% eram analfabetos ou haviam completado o ensino fundamental, e apenas 26% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior (BRITO; AYRES; SZWARCOWALD, 2000, p. 212).

Porém, a taxa de TV em 40% para mulheres com 12 ou mais anos de estudo induz às seguintes suposições: uma delas é a de que essas mulheres eram menos vulneráveis socialmente, sugerindo maior vulnerabilidade programática para a ocorrência da TV, para as mulheres que tiveram filhos antes do ano de 2000. Outra suposição é a de que essas mulheres teriam sido infectadas há mais tempo.

Ao analisar-se a atividade ocupacional torna-se importante considerar o aspecto sócio-econômico como intimamente associado à escolaridade. Assim, para uma população com pouca escolaridade, encontrou-se também ausência de vínculo empregatício e renda, ou seja, 59.3% das exposições à TV ocorreram em mulheres que mencionaram ser *do lar*, com taxa de TV em 25.3%. A vulnerabilidade social encontra destaque na situação das mulheres caracterizada pela carência de educação formal e conseqüente dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e renda, o que foi confirmado pelos estudos de Fonseca et al., (2000) e Sanches (1999).

O trabalho de Fonseca et al. (2000) identificou que as mulheres “não ocupadas” apresentaram as maiores taxas de incidência de aids, com crescimento anual mais elevado. O de Sanches (1999) encontrou que 50% dos casos de aids, em mulheres com 13 anos ou mais idade, notificados ao PN-DST/AIDS no período de 1984 a 1995, possuíam como registro de ocupação doméstica ou “dona de casa”.

As mulheres sem companheiro (40,7%), apresentaram, proporcionalmente, taxa de TV superior à observada entre as mulheres com companheiro, isto pode decorrer das dificuldades presentes na maternidade sem a presença do companheiro, principalmente diante de um diagnóstico positivo para o HIV, podendo conferir maior vulnerabilidade para a ocorrência da TV, pois ao assumir uma multiplicidade de papéis – filha, esposa, mãe, dona de casa e/ou trabalhadora –,

muitas vezes relegue a um segundo plano o cuidado com o próprio corpo e com a própria saúde (TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA, 1998).

A construção social de gênero desenvolveu na sociedade a visão da “mulher-maravilha”, que ocupa o papel de gestora do lar, assumindo praticamente sozinha a administração e o cuidado da casa. Também é ela quem responde pela educação e saúde dos filhos, do parceiro e muitas vezes de seus progenitores (TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA, 1998).

O papel social desempenhado pelas mulheres pode ajudar a entender a crescente feminização da epidemia, ocasionada pelas seguintes situações: vulnerabilidade anátomo-fisiológica do corpo feminino; a dependência da utilização do preservativo masculino como uma das únicas formas de prevenção; relações heterossexuais, em que, não raro, a mulher vivencia uma relação monogâmica com companheiro que possui outras parcerias sexuais. Verifica-se, então, um grave problema de cunho programático, pois os programas de planejamento familiar, em acordo com o que se conforma no interior da cultura, responsabilizam a mulher pela prevenção da gravidez, além das recomendações programáticas indicarem para as mulheres a negociação do sexo seguro (FELICIANO; KOVACS, 2003).

Assim como os estudos de Paiva et al. (1998), Takahashi, Shima e Souza (1998), na presente pesquisa foi identificado que 70.3% dos casos de exposição de TV ocorreram em mulheres que tiveram apenas uma gravidez.

De acordo com as diretrizes para a vigilância do HIV ainda não existem parâmetros ou estudo sobre as taxas efetivas de fecundidade das mulheres portadoras de HIV, mas há alegações de que a infecção pelo HIV reduz a fecundação paulatinamente ao longo do tempo (BRASIL, 2002c).

Uma pesquisa americana, realizada pelo Instituto Johns Hopkins de Baltimore, encontrou que a fertilidade das mulheres infectadas pelo vírus HIV é 37% inferior ao das mulheres não infectadas. De acordo com os pesquisadores, o número de gestações em mulheres infectadas diminuiu progressivamente no período de dez anos entre a infecção e o desenvolvimento da doença. A diminuição da fertilidade é mais significativa no período de dois a cinco anos depois da infecção. Segundo o estudo, o número de nascimentos anuais de bebês em cada grupo de cem mulheres

é de 6,0 para as soropositivas contra 11,1 para as não portadoras do vírus (AGENCE FRANCE-PRESSE, 2000).

Vários fatores podem interferir no número de filhos, como o medo da ocorrência da transmissão vertical, a ausência do companheiro, e a postura dos profissionais de saúde que julgam como inadequada à reprodução para estas mulheres.

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres soropositivas não é, ainda, tratada com o cuidado necessário no Brasil; o aconselhamento para o planejamento familiar não é uma ação sistemática ou mesmo prevista na maioria dos programas de aids. Os profissionais de saúde parecem ter medo de que, abrindo a discussão sobre prevenção e anticoncepção, as pessoas se sintam respaldadas para tomar posturas com relação ao planejamento familiar das quais esses profissionais geralmente discordam calcados em suas concepções técnicas e em seus próprios princípios morais e éticos. Preferem, assim, manter uma postura hermética e autoritária, como se isto fosse suficiente para que todos os usuários dos serviços seguissem à risca suas orientações de prevenção e anticoncepção (SANTOS et al., 2002, p. 12-13).

A categoria de exposição materna ao HIV mais freqüente foi a sexual, com 90,3%. Não se pesquisou quantas seriam parceiras de usuários de drogas injetáveis, porém a categoria de uso de droga injetável (UDI) foi de 9,7%.

A taxa de TV do HIV é menor (14,3%), para as UDI, podendo ser um fato que contraria alguns estudos, que indicam maior vulnerabilidade individual para esta população, principalmente em relação à adesão à terapia anti-retroviral (FIGUEIREDO et al., 2001; COLOMBRINI, 2003).

Vale lembrar que a aderência à TARV, tanto para o tratamento da aids, como para a profilaxia da TV, está sujeita a qualidade da assistência ofertada, principalmente no reforço das práticas de inclusão feita por equipe multiprofissional (MELCHIOR, 2006).

As 10 (6,9%) mulheres que abandonaram o tratamento podem indicar uma adesão de 93%, este percentual é superior ao esperado de taxa de aderência de 75%, apontada pelo Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa

Nacional de DST e AIDS (Monitoraids), apontando melhor qualidade do SAE na 15ª RS.

Segundo Penna (1995), a taxa de abandono no tratamento de saúde deve ser considerada como um traçador, pois a partir dela é possível inferir sobre a qualidade da atenção em geral, uma vez que a não-adesão ao acompanhamento pode mostrar a existência de problemas operacionais na oferta da assistência.

O número acentuado dos óbitos pode estar relacionado a inúmeros fatores individuais, sociais e programáticos. Neste trabalho, o percentual de 10,3% de óbitos encontrados pode estar relacionado ao descobrimento tardio do diagnóstico de aids. Um estudo realizado no Maranhão mostrou que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a baixa adesão ao tratamento, a não valorização das queixas apresentadas e relatadas, e o atraso para diagnóstico e estabelecimento de medidas terapêuticas, configuram a explicação para menor sobrevivência entre as mulheres (ALVES et al., 2003).

Nos dados apresentados, verifica-se que a TARV foi instituída para a maioria, 55,2% das mulheres. As ocorrências de exposição à TV do HIV impelem as mulheres ao uso da TARV, como medida imprescindível de prevenção. No entanto, estudos sobre os efeitos deletérios e/ou colaterais da terapia não foram realizados ou publicados. Muitas vezes as gestantes iniciam a profilaxia para a TV com índices de CV e CD4, não compatíveis com os critérios de definição de casos de aids, publicados em 2003. Mas após o nascimento da criança, os índices demonstram necessidade de continuidade do uso da TARV pela mulher, o que pode ser resultado de uma resistência viral ocasionada no período gestacional. Ainda não há estudos científicos que comprovem esta relação.

Entre as mulheres estudadas verificou-se que as ocorrências de TV aconteceram de forma mais acentuada para aquelas que eram do lar, (25,3%), que tiveram apenas uma gestação (22,1%), cuja via de transmissão foi a sexual (21%). Porém, independente do número de exposições encontradas, foram mães com idade inferior a 20 anos, com 12 ou mais anos de estudo, sem companheiros.

4.4 Casos de transmissão vertical do HIV

Para a definição dos casos de exposição à TV, os serviços de referência, vêm utilizando a publicação Critérios de Definição de Casos de AIDS em Adultos e Crianças (BRASIL, 2003).

Neste, definiu-se que a criança menor de 18 meses de idade, exposta ao HIV por TV, é considerada infectada quando houver a presença de RNA ou DNA viral detectável acima de 1.000 cópias/ml em duas amostras do teste de carga viral, obtidas em momentos diferentes. As amostras testadas devem ser coletadas após o segundo mês de vida, em virtude do aumento da sensibilidade observado a partir dessa idade. Crianças com 18 meses ou mais de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for reativa em dois (2) testes de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV (BRASIL, 2003).

A partir destas definições, verificou-se que, dos 145 casos de exposição, 44,9% tiveram como desfecho o diagnóstico negativo. Casos ainda indefinidos equivalem a 13,1%, decorrentes das crianças que tinham idade inferior a dezoito meses (no momento do estudo), porque não foram realizados dois testes de carga viral ou ainda o exame sorológico para o HIV. Esses exames se fossem realizados anteriormente aos dezoito meses poderiam resultar em imprecisão do resultado pela imaturidade imunológica das crianças.

Houve perda significativa do desfecho em 14,9% dos casos, o que equivale à somatória de doze casos transferidos para outros SAE, e de nove casos que abandonaram o acompanhamento, impedindo sua análise.

A taxa de abandono de 6,2%, sob o ponto de vista quantitativo, parece não ser significativa, porém quando se considera a taxa de 2,3% de TV, encontrada na população estudada, pode-se inferir que dos nove casos de abandono, pelo menos um poderia ser positivo para o HIV, e que, possivelmente, a criança pode não ter recebido a atenção adequada para a continuidade do tratamento, resultando em morbi-mortalidade da mesma. Essa suposição deve-se à inexistência de parâmetros definidos exclusivamente para o acompanhamento das ocorrências de exposição à

TV, mas considerá-la como indicador de falha nas ações de prevenção e controle da TV é relevante.

Caetano (2006) afirma que a taxa de abortamento espontâneo verificada é de 10% para gestações de um modo geral, entre as mulheres pesquisadas foi de 4,8%. A taxa de letalidade das crianças foi de 2,8%, o que faz alusão ao aumento da expectativa de vida proveniente do acesso universal e gratuito desde 1996 à terapia anti-retroviral combinada, conhecida como HAART.

A utilização desses medicamentos tem diminuído o número de internações hospitalares por infecções oportunistas e a qualidade de vida dos pacientes pediátricos vem melhorando consideravelmente, como pode ser verificado pelas taxas de letalidade em crianças: em 1985 foi de 90,5%, em 1995 de 40,2% e 13,2% em 1999 (BRASIL, 2002c).

Os casos positivos para HIV, ou seja, casos de aids confirmados somaram 19,3%. Todos já estavam em tratamento com anti-retrovirais. Em outros estudos foram encontrados coeficientes menores, destacando: 7% no Espírito Santo, 7% em 2001 e 1% em 2003, após aplicação das recomendações para a profilaxia de TV na cidade de São Paulo, 5% no município de Campos dos Goytacazes (KHOURY et al., 2005; FERNANDES, ARAUJO, MEDINA-ACOSTA, 2005).

O Gráfico 2 demonstra que até 1996 a taxa de transmissão era de 93,3%. Neste período fazia-se o uso de AZT durante a gestação e no recém nascido, contra indicando o aleitamento materno. Nos anos de 1997 e 1998, além das recomendações anteriores, também foi indicado o AZT endovenoso durante o trabalho de parto e parto. Para esta fase a taxa de TV do HIV sofreu significativa redução, caiu para 33,3%. Para crianças expostas a TV do HIV nascidas no período compreendido entre 1999 e 2000, a taxa foi de 21,2% e as recomendações profiláticas incluíam o uso do esquema duplo e/ou triplo, associado ao parto via cesárea eletiva. A partir de 2000, foi definida a notificação compulsória dos casos de exposição, e o oferecimento da testagem rápida nas maternidades, e a taxa de transmissão vertical foi reduzida para 4,9% (GOMES, 2001).

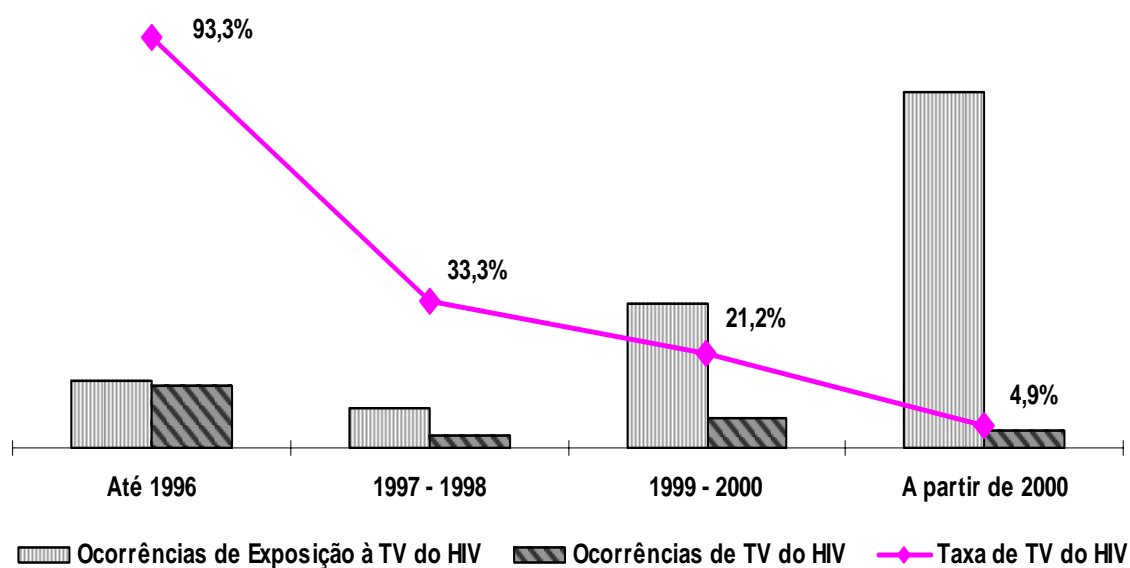


Gráfico 2: Ocorrências de exposição, casos confirmados e taxa de Transmissão Vertical do HIV, 15ª Regional de Saúde do Paraná, 1996 a 2007.

Neste estudo as ocorrências de exposição cujas mães sabiam do diagnóstico antes do pré-natal foi de 4,5%, inferior àquela encontrada para ocorrências de exposição que tiveram a descoberta do diagnóstico durante ou depois do período perinatal.

Informações similares foram identificadas no estudo de coorte realizado por Gomes (2001), com o objetivo de descrever o efeito das diversas intervenções implementadas por protocolos assistenciais sobre a TV.

Tabela 3: Ocorrências de exposição e casos confirmados de TV do HIV de acordo com as recomendações para profilaxia, 15ª RS, 2000-2007.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	EXPOSIÇÃO À TV		TV CONFIRMADA	
		Nº	%	Nº	%
Descoberta do Diagnóstico	Antes do período pré-natal	71	49.0	03	04.5
	No período pré-natal	47	32.4	03	06.8
	Depois do período pré-natal	27	18.6	22	81.5
IG do início da TARV	≤14 semanas	19	13.1	01	05.3
	15 – 29 semanas	43	29.7	01	02.4
	29 – 40 semanas	28	19.3	03	10.7
	Não Realizou	55	37.9	23	46.9
Retirada do Kit*	Não	48	33.1	25	52.1
	Sim	90	62.1	03	03.3
Tipo de parto*	Cesária	97	66.9	04	4.1
	Normal	41	28.3	24	58.5
Amamentação*	Não	103	71.0	05	4.8
	Sim	35	24.1	23	65.7

*OBS: Os casos de aborto foram retirados do número total de casos para as variáveis Retirada do Kit, Tipo de parto e Amamentação.

Para que ocorra a indicação das recomendações na profilaxia da TV é imprescindível que o diagnóstico do HIV seja o mais precoce possível. O oferecimento mais amplo do teste entre a população feminina em geral, mediante o aconselhamento, principalmente antes da gravidez seria essencial, assim as mulheres poderiam avaliar suas vulnerabilidades e possibilidades, em presença das formas de prevenção da infecção, desenvolvendo maior autonomia perante as decisões reprodutivas (BRASIL, 1999).

O acesso universal à testagem ainda não se efetivou e alguns problemas podem ser relacionados a esta situação: pouca oferta de serviços em se aplique o teste, dificuldade dos profissionais de saúde em oferecer a testagem e conhecimento da população sobre a gratuidade do exame e sigilo.

Portanto, a testagem oferecida no pré-natal configura-se em oportunidade importante, tanto para a prevenção da TV, como prática educativa diante do aconselhamento pré e pós-teste, permitindo que a mulher possa avaliar suas vulnerabilidades e até mesmo informar o companheiro, reduzindo os riscos para infecção do HIV. Porém, a qualidade da assistência pré-natal deve ser melhorada, e a oferta da testagem no pré-natal conseqüentemente implementada em quantidade

e qualidade (aconselhamento pré e pós-teste). O estudo de Cavalcante et al. (2004) mostrou que a proporção de mulheres que souberam da infecção do HIV antes da gravidez ainda é muito pequena – em sua amostragem, apenas pouco mais de um terço.

A lacuna entre a assistência pré-natal e a adequada atenção da gestação para a prevenção da TV, caracteriza-se tanto pela falta de assistência no período pré-natal e falha no oferecimento do exame, quanto pela ausência de anotações na carteira da gestante (MARQUES et al., 2002). Para preencher esta lacuna foi implantada a testagem rápida do HIV no momento do parto em hospitais, mostrando-se de baixo custo, altamente específica e sensível, fácil de executar e de interpretar (CHALERMCHOCKCHAROENKIT et al. 2002).

Verifica-se que, dos casos expostos à TV, em 37,9 %, não foi realizado o esquema profilático da TARV, o que resultou em taxa de TV de 46.9%. Muitos estudos provaram que a não-utilização da TARV durante o pré-natal, trabalho de parto e no período pós-natal seja um dos fatores mais importantes para a ocorrência de falha do controle da transmissão perinatal do HIV, pois a estratégia mais eficiente (não única) para reduzir a TV é a redução da carga viral (CONNOR et al., 1994; MANIGART et al., 2004).

Recomenda-se que o uso da TARV deva ocorrer a partir da 14^a semana de gestação, e quando a oportunidade de uso de TARV no início da gestação for perdida, essa terapia deverá ser iniciada em qualquer idade gestacional, pois quanto mais tardiamente se inicia a profilaxia, menor é a chance de redução da carga viral. Este aspecto pode ser verificado nas ocorrências de exposição que iniciaram a terapia após a 29^a semana, com taxa de TV em 10,7%.

A realização da cesárea eletiva também teve significância, pois a taxa de TV nas ocorrências de exposição no parto normal foi de 58,5%, constatando-se a interação positiva da cesárea eletiva com a redução da TV do HIV. O PN - DST/AIDS considera como candidatas a esta intervenção as gestantes que preenchem os seguintes requisitos: carga viral aferida após a 34^a semana de gravidez apresentando contagem maior que 1000 cópias/ml; gravidez acima de 38 semanas; bolsa íntegra; e gestante fora de trabalho de parto (BRASIL, 2007b).

Confirmando dados da literatura, nas ocorrências de exposição em que houve aleitamento materno, a taxa de TV foi de 65,7%, mostrando a importância da contra indicação da amamentação. O risco adicional de infecção pelo leite materno é de 7,0% a 22,0%, dependendo do tempo de exposição, da infectividade do leite e da suscetibilidade individual da criança (TESS et al., 1998; NEWELL, 1998).

Culturalmente, porém, o aleitamento materno é visto como componente fundamental da função materna e não fazê-lo pode acarretar sentimentos de culpa nas mães. Para que a contra-indicação da amamentação tenha sucesso é importante que as mulheres sejam preparadas para lidarem com as conseqüências físicas e emocionais dessa situação. Neste sentido, a orientação para o aleitamento artificial durante o pré-natal pode proporcionar maior efetividade para essa intervenção (DUARTE, 2004).

Resumidamente, os 28 casos de aids em crianças identificadas na 15ª RS, aparentemente derivam da ausência de ações já estabelecidas e que quando utilizadas em conjunto conferem proteção adequada para a redução da TV. As falhas encontradas referem-se, principalmente, à baixa cobertura da testagem sorológica para o HIV, ao início tardio ou inexistência da introdução da TARV, à não realização da cesárea eletiva e à prática do aleitamento materno.

4.5 Reconstruindo a trajetória dos casos confirmados

A partir dos dados secundários e, principalmente, das entrevistas realizadas com as mães, foi possível identificar na trajetória de atendimentos, parte da história dos casos que foi significativa para as ocorrências da TV do HIV em sete crianças, aqui nomeadas como personagens de desenhos infantis, escolhidos pela relação com características ou simpatia das crianças com os mesmos.

CASO 1 - BELA ADORMECIDA

Nasceu em 2005, sua mãe estava com 21 anos, e havia descoberto o diagnóstico do HIV dois anos antes. O vírus foi transmitido pelo marido usuário de droga injetável que faleceu logo após o nascimento. Atualmente ela e sua mãe vivem com

os avós maternos, e com grande dificuldade financeira. Sua saúde requer cuidados constantes desde o nascimento. Durante a gestação, sua mãe não conseguiu tomar o anti-retroviral que havia sido prescrito em tempo certo (antes da 14ª semana de gestação), pois passava mal. Apresentava dificuldade para engoli-lo e ao fazê-lo tinha vômitos. Solicitou a troca por medicação líquida, pois achava que dessa forma poderia conseguir tomar com maior facilidade. Mas esta oportunidade não aconteceu. Com medo de ter outros filhos, sua mãe desejou fazer laqueadura após o parto e, para tanto, negociou com um médico ginecologista que atendia seu pré-natal na UBS. No dia combinado foi ao hospital, fez a cirurgia cesariana e a laqueadura por 500 reais. Porém, o AZT endovenoso não foi realizado. Bela Adormecida nasceu com 36 semanas, ou seja, pré-termo. Apresentou taquipnéia transitória e baixo peso. Ficou hospitalizada por 30 dias. Ao receber alta do hospital, sua mãe foi orientada a levá-la na UBS para acompanhamento. No dia marcado Bela Adormecida e sua mãe compareceram na UBS, onde fizeram a vacina BCG. A partir de então a sua vida tem sido marcada por inúmeros internamentos. A apatia em sua face é nítida, mas, como princesa que é, aguarda o momento do despertar para uma vida melhor.

O primeiro nó crítico, a dificuldade de adesão ao tratamento durante a gestação, acontece com muitas mulheres, pois os efeitos colaterais decorrentes do uso dos anti-retrovirais, não são raros, e as alterações gastrointestinais, hepáticas e pancreáticas podem ocorrer, como também anemia (TUOMALA et al., 2005). O segundo nó crítico, o parto prematuro, aumentou as chances de infecção pelo HIV, pois crianças nascidas pré-termo, principalmente antes de 38 semanas e pequenas para a idade gestacional têm maior risco de infecção intraparto (NISHIMOTO; ELU NETO; ROZMAN, 2005; KUHN et al., 1997).

Para a cesárea eletiva, a confirmação da idade gestacional deve ser cuidadosamente estabelecida, para prevenir a prematuridade iatrogênica. Para tanto, a avaliação deve ser feita utilizando-se parâmetros clínicos – obstétricos (data da última menstruação, altura de fundo uterino) e do ultra-som, realizado, preferencialmente, antes da 20ª semana (1ª metade da gestação). Esses critérios auxiliam no estabelecimento do dia do parto operatório, que deverá ser realizado

entre a 38ª e 39ª semana, a fim de evitar o nascimento de recém-nascidos prematuros (BRASIL, 2007b).

A cesárea eletiva oferece o risco de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional, oferecendo maior chance de estabelecer quadro de angústia respiratória para os recém-nascidos. O estudo do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher realizado em 1988, em São Paulo, encontrou uma incidência 60% maior de prematuridade entre os bebês nascidos por cesárea com esterilização cirúrgica, em comparação com os nascidos por cesárea sem este procedimento, aceitando-se o fato de que a esterilização teria sido, em geral, a razão para uma interrupção eletiva da gravidez (FAUNDES; CECATTI, 1991).

A esterilização cirúrgica em portadoras de HIV e aids configura-se em tema complexo. Segundo estudo de Barbosa e Knauth (2003) as mulheres HIV positivo tendem a ter taxas maiores de esterilização que as não infectadas. As autoras afirmam que a cultura médica e a posição do serviço de saúde com relação à esterilização são reforçadas por pré-concepções em relação à aids.

Neste contexto, os serviços e profissionais de saúde devem aprimorar a compreensão envolvida nas escolhas reprodutivas. O aconselhamento e apoio para planejamento familiar são importantes para auxiliar as mulheres em escolhas conscientes (BARBOSA; KNAUTH, 2003).

Para além desses nós críticos, é necessário destacar a vulnerabilidade programática imposta pela ausência de ética profissional. Neste caso se configurou pelos seguintes aspectos: 1) cobrança indevida de um procedimento necessário, a cesárea eletiva; 2) negligência em não infundir o AZT endovenoso; 3) imperícia na interrupção prematura da gestação por erro no cálculo da idade; 4) realização de laqueadura em mulher jovem.

CASO 2 - MARGARIDA

Nasceu em 2006, sua mãe estava com 24 anos, havia sido infectada e engravidou de um relacionamento rápido. Após a descoberta da gravidez, o pai desapareceu. Desamparada e com medo de assumir a gravidez sozinha, sua mãe pensou em

não levar a gravidez adiante. Mas mudou de idéia e procurou a UBS para iniciar o pré-natal. Além do início tardio do pré-natal, o resultado do exame do HIV foi disponibilizado a ela 30 dias depois da realização. Depois de saber o resultado, foi orientada e recebeu apoio da enfermeira que a acompanhou até o SAE. Por ter dúvidas quanto ao desejo de ser mãe, teve momentos em que desistiu do uso da TARV. Por insistência da enfermeira reiniciou o tratamento. A enfermeira mostrou-se tão companheira e forneceu tanto amparo que acabou se tornando madrinha de Margarida. No terceiro mês de vida de Margarida, sua mãe já havia se apaixonado por ela. A culpa em relação à doença de Margarida permanece na mãe.

A trajetória de Margarida é marcada pela vulnerabilidade biológica de gênero imposta à sua mãe, pelo abandono em situação de gravidez, além da vivência problemática da transmissão sexual do HIV. Esta circunstância complexa ocasionou demora em instituir as recomendações para a redução da TV e dificuldade de adesão à TARV.

Em situações de gravidez cujo pai não assume o seu papel, a mulher é constantemente questionada e alvo de julgamento moral, processo que ocorre a partir de percepções que são eminentemente masculinas.

A descoberta do diagnóstico do HIV durante a gestação impõe às mulheres preocupação adicional e persistente. Azevedo e Guilhem (2005) em estudo sobre esta temática verificaram que na gestação as mulheres relembram a todo instante que o filho poderá nascer com o HIV. As autoras concluíram que a vivência da gestação como um fator de identidade feminina é tolhida pelo impacto do diagnóstico e pela situação de crise conjugal que se instala neste processo, pois “[...] descobrir a doença e ao mesmo tempo romper com seus valores mais íntimos sobre o amor e a sexualidade torna visível a vulnerabilidade da mulher e pode desencadear um processo de desilusão e desconstrução de suas moralidades” (AZEVEDO; GUILHEM, 2005, p. 195).

Uma resposta, diante deste contexto, é o investimento político em estratégias que se preocupem em diminuir a vulnerabilidade de gênero e contribuam para o processo de emancipação. Necessário também repensar a atenção em saúde

de forma ampliada, de maneira a transcender os limites da informação acerca dos aspectos clínicos.

É premente a necessidade de um suporte emocional e apoio institucional, pois essas mulheres vivenciam a fase de aceitação do diagnóstico, em um período em que há um outro ser envolvido e em situação de risco. O estudo de Hebling (2005) colabora nesta perspectiva:

Diferentemente de quando o indivíduo procura um serviço para realizar o exame anti-HIV, as mulheres fizeram o teste por ser um procedimento da rotina do pré-natal e não por se sentirem em situação de risco. Se considerarmos que a aids envolve ainda representações negativas ligadas a conflitos, culpa, sofrimento, castigo e morte, a descoberta do diagnóstico nesse momento de realização plena da feminilidade pode ter um alto custo emocional e psicológico, vindo a influenciar as suas decisões posteriores. Se ela tiver uma atitude de negação, ela pode não fazer o pré-natal especializado e nem mesmo o seguimento da criança, enquanto estiver negando a existência do HIV (HEBLING, 2005, p. 58).

CASO 3 - ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS

Alice nasceu em 1999, era uma criança muito bem cuidada pela família, que despendia a ela todo o amor destinado aos filhos caçulas. Porém, ao completar 3 anos, Alice começou a ficar doente, sempre com febre, tosse, emagrecimento. A mãe a levava a UBS tantas vezes que todos lá diziam: aí vem ela de novo! O caso de Alice foi se complicando e o internamento se fez necessário. No hospital, fizeram a testagem para o HIV em Alice, mas não avisaram seus pais sobre o procedimento. A doença continuava a abater Alice, até que chamaram sua mãe pra conversar. O médico estava com o exame na mão e a enfermeira o acompanhava. Eles contaram para sua mãe que Alice tinha AIDS e que ela e o marido também deveriam ter. Desse dia a mãe de Alice se lembra sempre, principalmente da fala da enfermeira: Viu, você aprontou quando era jovem, agora quem vai pagar o pato é sua filha! O trauma causado naquele momento fez a mãe sofrer durante muito tempo. Mas felizmente a previsão da enfermeira não estava certa. Com a instituição da TARV Alice se desenvolve saudável, como qualquer criança de sua idade.

A trajetória de Alice se desenvolveu ao contrário do que era esperado, pois o diagnóstico foi determinado quando ela já estava doente, e só depois foi identificado o vírus em seus pais.

Neste caso, é importante enfatizar a oportunidade perdida de diagnóstico, ocorrida na gravidez e conseqüentemente à ausência de todas as ações de prevenção. Além disso, destaca-se no caso o tratamento equivocado que receberam mãe e filha, quando da notícia do diagnóstico. Percebeu-se preconceito, e a mãe sentiu-se e estigmatizada.

Segundo Goffmann (1980), estigma é uma atribuição social de desvio, incorporada numa identidade deteriorada atribuída a uma pessoa numa relação que implica desvalorização. Tem sido amplificado recentemente no debate sobre as várias dimensões dos efeitos da discriminação e da negação no contexto do HIV e da AIDS. O estigma é empregado para estrategicamente produzir e reproduzir relações e desigualdades sociais, legitimadas por saberes técnicos e pelas suas "estruturas de verdade", transformando diferenças em desigualdades: desigualdade de classe, de gênero, de idade, raça ou etnia, sexualidade ou orientação sexual. Deste modo, estigma "[...] é empregado por atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro de estruturas de desigualdades sociais existentes" (PARKER; AGGLETON, 2001, p. 16).

CASO 4 - AMIGO URSO

Quando Amigo Urso tinha 5 anos, sua mãe adoeceu gravemente. Vários exames foram feitos até verificar-se o diagnóstico positivo para o HIV. Ela foi então orientada a levar o filho para também fazer o exame. Diante do resultado positivo do exame do filho, a mãe só queria descobrir como aquilo teria acontecido. Dois momentos vieram claramente em sua memória: Lembrou-se então de que no pré-natal o médico não quis pedir o exame de HIV. Lembrou-se bem, pois havia lido sobre isso na mesma semana da consulta, conversou com o médico sobre a possibilidade de fazer o teste, mas o médico disse que não era importante já que ela era casada e estava saudável. Quando o Amigo Urso nasceu, no ano de 2000, então de parto normal, a mãe teve dificuldade em amamentá-lo e, preocupada com o bem estar de seu filho, buscou ajuda na UBS. Lá a enfermeira fez a ordenha, e

explicou a ela como deveria proceder em casa. Porém, nada sobre o HIV foi comentado. Apesar das orientações da enfermeira, ela ainda teve dificuldades com a fissura que sangrava e a dor que sentia a cada vez que o bebê mamava. Retornou na UBS e a enfermeira lhe disse: Ora vamos! Não tenha preguiça de amamentar seu filho!

Na trajetória, do Amigo Urso, apresentam-se como nós críticos da vulnerabilidade programática: a conduta do médico que atendeu o pré-natal em não solicitar o exame, e a imposição do aleitamento materno feita pela enfermeira.

A primeira situação demonstra que a oportunidade perdida do diagnóstico na gravidez conduziu-se pela percepção pessoal do médico em relação à gestante, justificada pela ausência do aconselhamento para a testagem do HIV. Para compreender o caminho que as mulheres percorrem em direção à infecção pelo HIV, é necessário aperfeiçoar a escuta e a abordagem dos profissionais de saúde com essa população, respeitando as especificidades biológicas, psicossociais e culturais, e suas circunstâncias de ser, viver e sentir (BRASIL, 2007b).

Uma das prerrogativas do PN de DST/AIDS é a realização do aconselhamento pré e pós-teste, na solicitação do teste para diagnóstico do HIV. Para testagem em gestantes essa conduta é primordial independentemente do resultado do teste ser positivo ou negativo. O aconselhamento deve possibilitar à gestante rever as situações vivenciadas (ou vivenciadas por seu parceiro) no momento atual ou pregresso, levando-a a uma reflexão sobre a possibilidade de exposição ao HIV e sobre a oportunidade de controlar a infecção e evitar a transmissão para seu bebê, o que contribui sobremaneira para sua adesão ao teste anti-HIV e, quando da confirmação desse diagnóstico, sua adesão às medidas terapêuticas empregadas (BRASIL, 2007b).

Mas nem sempre o aconselhamento é um momento democrático de discussão personalizada sobre dúvidas, riscos, atitudes e contextos sociais. Muitas vezes é prática de saúde ignorada, banalizada ou realizada sem fundamentação teórica nos serviços especializados ou na rede básica. A grande maioria dos

profissionais de saúde enfrenta dificuldades ao abordar questões relacionadas à sexualidade, DST/HIV/AIDS, saúde reprodutiva e uso de drogas (BRASIL, 2001b).

No contexto dos serviços de pré-natal e das maternidades, essas ações devem ser estruturadas como um conjunto de intervenções da equipe, adequando-se às possibilidades reais de cada serviço, dispondo de profissionais capacitados, para assegurar tais condutas durante todo o pré-natal, no momento do parto e no pós-parto (BRASIL, 2007b).

Quanto à postura da enfermeira diante da forma com que “incentivou” a amamentação, algumas considerações são relevantes. A abordagem para o incentivo à amamentação deve ter caráter educativo e não impositivo, deve apoiar as mães na promoção e manutenção do aleitamento materno por um período mínimo desejável de seis meses, através de uma efetiva relação interpessoal.

O processo de aleitamento, do ponto de vista fisiológico, é vivido solitariamente pela mulher, cabendo a ela a decisão de mantê-lo ou não. No entanto, no cotidiano das unidades de saúde o convencimento nem sempre é calcado no plano da liberdade com uma relação de confiança e troca.

A relação pessoa-pessoa é a base para o cuidado de enfermagem à mulher lactante. É preciso acolher aquelas que não conseguem, não querem ou não podem amamentar e ajudá-las a construir alternativas seguras de alimentação para seu filho (PEREIRA, 2005).

CASO 5 - NEMO

Nemo nasceu no ano de 2000. A mãe lembra-se emocionada do momento em que pôde ter o filho nos braços, após horas de dor e medo. Ao perceber o atraso menstrual, a mãe de Nemo foi à UBS iniciar o pré-natal. Realizou todos os exames solicitados. Um dia, ao chegar em casa do trabalho a vizinha que morava em uma casa no mesmo quintal veio correndo falar que a ACS tinha vindo à tarde e pedido pra que ela repetisse o exame da AIDS com urgência, porque provavelmente tinha dado positivo. A mãe de Nemo ficou abalada, e no dia seguinte compareceu à UBS e fez novo teste, cujo resultado foi positivo realmente. Porém, sua vida desde a

visita do ACS se tornou muito complicada. Angústia diante da verdade e crise conjugal, vergonha e preconceitos dos vizinhos. Mas a vontade de ser mãe foi mais forte. Ela fez tudo o que foi orientado, tomou medicações, fez exames, enfim, aguardava a chegada do filho com expectativa e muita fé de que ele não seria contaminado. Faltavam três dias para a data provável do parto, quando as dores começaram. Imediatamente foi à UBS, lá foi examinada e o médico disse que estava iniciando o trabalho de parto, apesar de não apresentar dilatação. Ela falou que deveria fazer cesárea já que o infectologista a havia avisado. Da UBS, foi encaminhada para um hospital em município vizinho, pois não havia vaga em sua cidade. No caminho, as dores aumentaram. Ao chegar ao hospital imediatamente falou que queria cesárea e explicou o motivo. O médico que a atendeu falou que lá, cesárea somente particular, e que paciente do SUS não podia exigir nada porque eles não recebiam nada para atender. Com medo do que pudesse acontecer, a família tentou levantar o dinheiro pedido, mas não conseguiu. No hospital a mãe de Nemo continuava a sentir fortes contrações. Após a família avisar que não poderia pagar pela cesárea, a mãe de Nemo recebeu alta, com a justificativa de que eles não poderiam atendê-la, pois não constavam com unidade neonatal e por ela ter AIDS isto seria necessário. Na madrugada, do mesmo dia as contrações recomeçaram e a bolsa estourou. A família chamou a ambulância que demorou algum tempo. No caminho do hospital Nemo nasceu, sem cesárea, sem AZT endovenoso, e após duas horas de bolsa rota.

A vulnerabilidade programática nesta trajetória caracteriza-se pelos seguintes nós críticos: falta de sigilo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) diante do diagnóstico e omissão do serviço de saúde público (Secretaria Municipal de Saúde) para a garantia da realização da cesárea eletiva conforme indicação.

O ACS, integrante das equipes vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), possui uma situação singular, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Por ter maior proximidade com o usuário, por habitar o mesmo bairro, e ainda, por adentrar freqüentemente o domicílio do usuário, é importante que se estabeleçam novas

relações no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar, garantindo a privacidade daqueles com quem o ACS se relaciona na comunidade.

O ACS foi incorporado à equipe de saúde há pouco tempo. Portanto, ainda se faz necessário que diretrizes programáticas sejam direcionadas para a sua diferenciação da inserção institucional, comunitária e sua diferenciação com as competências dos profissionais da equipe de enfermagem (FORTES; SPINETTI, 2004).

Fortes e Spinetti (2004) em estudo realizado com profissionais e gestores de saúde sobre o assunto descreveram que parece ser consensual que limites devam ser estabelecidos para o ACS com relação ao acesso a determinadas informações pessoais dos usuários, como as que se referem ao diagnóstico de doenças, sobretudo as que podem trazer algum grau de estigmatização e/ou discriminação negativa para os usuários, como HIV/AIDS e transtornos mentais.

Vale ressaltar que dentre os direitos dos usuários dos serviços de saúde está o direito à privacidade das informações. Este é um princípio derivado da autonomia e engloba a intimidade, a vida privada e a honra das pessoas, ou seja, cabe aos próprios indivíduos o direito de decidir se suas informações pessoais serão mantidas sob seu exclusivo controle, como têm o direito de comunicar a quem, quando, onde e em que condições as informações pessoais devam ser reveladas (SARCADO, 2000).

Considerando o segundo nó crítico encontrado na trajetória, a garantia da cesárea eletiva é uma medida de proteção essencial para a prevenção da transmissão vertical do HIV, já que conhecimentos acerca da patogenia dessa forma de transmissão demonstram que pelo menos 65% e, provavelmente, até 80% das transmissões ocorrem durante ou próximo ao período intraparto (BRASIL, 2007b).

Uma vez indicada³, a cirurgia cesariana eletiva deve ser planejada e executada em condições adequadas para reduzir os riscos de morbidade materna e perinatal. Para isso, deve-se estabelecer a referência para o parto e, em conjunto

³ Há indicação de cirurgia cesariana eletiva quando a carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml, desconhecida ou aferida antes da 34ª semana de gestação e, nestes casos, a gestante estiver em trabalho de parto, com dilatação cervical menor que 4cm e as membranas amnióticas íntegras (BRASIL, 2007b, p. 50).

com a equipe da maternidade, marcar previamente o dia e a hora para a admissão da mulher.

Para os casos em que o trabalho de parto se inicia antes da data agendada, o manual de Recomendações para profilaxia da TV do HIV salienta:

Como há a possibilidade de mulheres elegíveis para o parto por cirurgia cesariana iniciarem o trabalho de parto em data anterior à prevista para a intervenção cirúrgica, elas deverão ser alertadas para procurar a referência para seu parto tão logo se inicie o trabalho de parto, e as equipes dessas maternidades deverão igualmente ser alertadas para prestar pronto atendimento a esses casos, visto que a indicação do parto, por meio de cirurgia cesariana, só será mantida estando as membranas amnióticas íntegras e a dilatação cervical em até 3 a 4 cm (BRASIL, 2007b, p. 51).

Considerando estas normativas referentes ao parto, a dificuldade vivenciada pela mãe de Nemo demonstra que o seu direito como cidadã foi negligenciado.

Em relação aos direitos das mulheres em fase do parto, aponta-se: garantia do acesso à maternidade na hora do parto; de ser escutada em suas queixas e reclamações e ter suas dúvidas esclarecidas; de escolher o parto que deseja; de expressar os sentimentos e suas reações livremente; de ser atendida por uma equipe preparada e atenciosa; de usar roupas confortáveis e de acordo com o seu tamanho; de não se submeter a uma cesariana, a menos que haja risco para a mãe e o bebê; de ter um acompanhante no momento do parto; de optar por um parto sem dor, mesmo sendo o parto vaginal (BEMFICA, 2004).

CASO 6 – SHRECK

Em 2000 Shereck nasceu saudável, grande e gordo. A mãe admirava-se com a fome do garoto. Ela se lembra de como se sentia por vezes até sugada, pelo apetite do menino que mamou até os 14 meses. Permaneceu saudável, grande e forte. É genioso que só, dá trabalho na escola. Mas para a mãe nada se compara com a tristeza de saber que ele tem AIDS e que foi ela quem lhe passou. A mãe de Shereck descobriu que era portadora do HIV quando seu filho tinha 6 anos. Descobriu porque o marido adoeceu, e ela foi chamada a fazer o teste. Após seu

diagnóstico, teve que levar também seu filho pra fazer o exame. Foi um dos momentos mais difíceis que passou. Ficou duas semanas pensando no que faria, caso o exame dele desse positivo. Depois do primeiro impacto, levou-o ao CTA, pra que ele fizesse o exame. Resultado: positivo. A mãe de Shereck não acreditava, pois sabia que no pré-natal havia feito todos os exames, e tinha saúde perfeita. Inconformada, procurou nas lembranças que guardou do filho desde de bebezinho, o cartão de gestante e os exames que tinha feito. Ela encontrou o que procurava, o laudo do teste HIV com resultado negativo. Analisou toda a situação, como num filme que passava pela cabeça. Lembrou-se de cada momento: durante a gravidez descobriu que o marido usava drogas, e vivia uma vida dupla, tinha outras parcerias sexuais. Quando pegou o resultado do HIV negativo (no primeiro trimestre) ficou aliviada e feliz, pois achou que estava sem o vírus e que seu filho estava protegido. O médico que solicitou os exames e posteriormente viu os resultados, não entrou em detalhes, apenas disse que estava tudo em ordem com ela.

Na história de Shereck e de sua mãe, verifica-se a possível realização da testagem do HIV no período da janela imunológica, ou transmissão sexual após a realização da testagem.

Este caso envolve não apenas a vulnerabilidade individual e social, mas também a programática, pois o nó crítico para a ocorrência da transmissão vertical foi a não realização de um novo teste, para uma mulher que trazia em sua história situação de risco para a transmissão sexual do HIV.

A garantia do diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes representa a primeira etapa de prevenção da transmissão vertical. Falhas nesse diagnóstico impossibilitam a adoção precoce das medidas profiláticas. Neste sentido a realização da testagem do HIV em gestantes é primordial, porém, sua realização deve estar atrelada ao aconselhamento.

Os aconselhamentos pré e pós-teste são importantes não apenas para que a mulher entenda os fatores relacionados à testagem do HIV, como a janela imunológica e os riscos de contaminação, e desenvolva autonomia na diminuição dos riscos de contaminação. Eles também são importantes para o profissional de

saúde que, ao conhecer as vulnerabilidades da mulher, pode realizar monitoramento adequado das condições de saúde desta, o que é imprescindível para bons resultados da assistência pré-natal.

As informações colhidas durante o processo de aconselhamento pré-teste podem permitir o reconhecimento das diferenças na maneira como as mulheres se relacionam sexualmente, considerando a diversidade, o que conferem graus distintos de vulnerabilidade. O profissional de saúde e a mulher podem verificar juntos se a realização de um único teste ao longo de toda a gravidez seria suficiente para controlar as possibilidades de exposição da gestante ao vírus. O profissional de saúde deverá se colocar à disposição da mulher, para prestar esclarecimentos e suporte psicológico durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem.

Diante de resultado negativo, a mulher deve ser orientada sobre a possibilidade de não estar infectada ou de que foi infectada tão recentemente que não houve tempo para seu organismo produzir anticorpos em quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado. No pós-teste outra conduta importante é a orientação para o uso de preservativo (masculino ou feminino) como medidas de prevenção para o HIV e outras DSTs.

Salienta-se que o teste pode ser repetido tantas vezes quantas forem necessárias durante a gestação e até mesmo na maternidade – teste rápido. A necessidade de um novo teste poderá ser considerada diante da possibilidade da mulher se encontrar em período de “janela imunológica” ou se houver critérios de vulnerabilidade, como, por exemplo, ser usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis, e portadora de alguma DST em prática de sexo inseguro (BRASIL, 2007b).

Em estudo realizado por Lemos, Gurgel e Fabbro (2005, p. 35), para avaliar a prevalência do HIV nas parturientes de maternidades vinculadas ao SUS, pela utilização do teste rápido, verificou-se que 82,1% das mulheres que tiveram resultados reagentes freqüentaram o pré-natal. Os autores concluíram que 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 com teste negativo

para HIV, realizado no período pré-natal, apresentaram-se reagentes no momento do parto por meio do teste rápido”.

CASO 7 - A PEQUENA SEREIA

A Pequena Sereia nasceu em 1999. A mãe iniciou pré-natal tardiamente. Não queria mais filhos, pois já passava dos trinta e cinco anos e já tinha 8 filhos. Naquela ocasião morava em um assentamento com 5 filhos, em local próximo a cidade. No final da gravidez decidiu ir consultar no posto de saúde. Fez todos os exames que o médico pediu. O resultado do teste HIV veio positivo. Ficou muito triste, pois além de toda a dificuldade financeira, estava com uma doença grave. No posto, pediram pra que fosse ao médico em Maringá. Fez muitos exames e recebeu a medicação. Esses remédios faziam passar mal, desistiu de tomá-los. Via que ficava melhor pra trabalhar o dia que não tomava o remédio. Por problemas no assentamento mudou de cidade e decidiu não fazer mais consulta, pois se sentia bem. Quando as dores do parto começaram foi para o hospital, a Pequena Sereia nasceu rapidamente. A mãe teve tudo sobre controle, era seu nono parto. Ao olhar para filha viu que ela era diferente, e pensou deve ser por causa da AIDS. Depois o médico falou que não, que era por causa da idade. Os problemas aumentaram e cada vez menos a mãe da Pequena Sereia queria ir até Maringá (para chegar tinha que pegar um ônibus, depois pedir carona pra ambulância até no SAE). A Pequena Sereia foi crescendo e esteve doente muitas vezes. A mãe tem muita dificuldade de adesão ao tratamento dela e da criança, não acha muito importante, pois sabe que vão morrer mesmo.

Ao analisar o caso da Pequena Sereia verifica-se que a vulnerabilidade social determinou significativo peso para a transmissão vertical, além da vulnerabilidade individual da mãe relacionada à não adesão do tratamento. Porém, há nós críticos que conferem à vulnerabilidade programática um caráter determinante neste caso, pois os programas e serviços de saúde devem intervir em situações de risco social, fortalecendo o acesso e tratamento, principalmente das pessoas mais vulneráveis.

Os profissionais de saúde, ao se depararem com situações de vulnerabilidade social e individual, devem ter comprometimento e responsabilidade para oferecer os cuidados a pessoas que apresentam especificidades próprias, como a pobreza, por exemplo. Vale ressaltar o princípio da equidade, para eliminar ou reduzir as desigualdades, visto que reconhece a diferença dos indivíduos entre si e, portanto, necessidades diferenciadas.

O caso apresentado trata de uma trabalhadora rural, que vive a precariedade das condições de trabalho e vida no meio rural, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à assistência especializada, além de ter barreiras culturais e falta de informação que contribuem para agravar a situação de saúde.

Godoy, Morás e Aurélio (2000), em relatório sobre a saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos de reforma agrária, demonstraram a falta de acesso à rede de abastecimento de água e esgoto e aos serviços de coleta de lixo, contribuindo para a proliferação de doenças infecciosas e parasitárias. Os coeficientes de mortalidade, geral e infantil, e os índices de morbidade são superiores à média nacional e não há programas e ações de planejamento familiar, saúde da mulher e doenças sexualmente transmissíveis.

Sobre o impacto da aids na área rural, o Núcleo de Estudos em Saúde Pública - Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis HIV-AIDS, da Universidade de Brasília realizou, em 1998, uma pesquisa com trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos. O diagnóstico apontou para a definição de prioridades na Agenda de Saúde Pública na busca por melhor qualidade de vida para a população de assentamentos e acampamentos, em especial sobre o conhecimento das DST e da aids (BRASIL, 2001c).

Entende-se que as políticas públicas comprometem sua legitimidade quando traçam estratégias sem considerar os diferentes níveis de vulnerabilidade da população. Esta não é tarefa simples, quando são levados em conta os elementos intersubjetivos inerentes à questão e, também, a diversidade e as desigualdades sociais e econômicas de um país como o Brasil.

Neste aspecto, os profissionais da área de saúde devem buscar construir vínculos a partir do acolhimento, o que no caso da prevenção da TV estabelece-se

pelo aconselhamento e acompanhamento constante, sem julgamentos, e fundamentado no princípio da equidade.

A comunicação adequada é sumariamente importante para a construção de uma relação sólida, necessária para este cenário. Sobre esta comunicação, alguns pontos são fundamentais: linguagem clara e adequada (à faixa etária, religião, nível de escolaridade, gênero e cultura); acesso à informação verdadeira e precisa (sem terrorismos, moralismos ou ameaças).

4.6 Falhas para ocorrência da transmissão vertical do HIV segundo o modelo lógico

A utilização do evento sentinela, por tratar-se de um método de investigação epidemiológica que foge aos padrões tradicionais, permitiu obter informações para o reconhecimento das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas para a redução da TV do HIV. Este reconhecimento e a reconstrução das trajetórias possibilitaram o encontro das falhas dos serviços de saúde na realização das ações de prevenção e controle da TV do HIV preconizadas pelo MS.

Atualmente a vigilância epidemiológica da TV do HIV, realizada a partir da notificação dos casos de gestantes e crianças expostas ao HIV, para posterior disponibilidade do SINAN, não fornece informações completas sobre as intervenções que os serviços de saúde deveriam realizar em relação à redução do número de casos.

As informações geradas são importantes, porém incompletas do ponto de vista da complexidade das ações recomendadas para a profilaxia da TV do HIV, e apresentam falhas nos registros. Neste trabalho, ao buscar os dados em várias fontes: relatório SAE, prontuários, e as próprias mães; encontraram-se incoerências, por exemplo, de nomes, datas, além de casos confirmados sem SINAN. Waldman (1999), sobre os sistemas de vigilância epidemiológica, afirmou que os mesmos não precisam ser perfeitos para que sejam úteis, porém limitações impedem que esse instrumento tenha a utilidade que justifique sua implementação.

A falha da vigilância epidemiológica identificada pelo não cumprimento da coleta e registro adequado dos dados possibilitam análises equivocadas, o que pode impedir a disseminação correta da informação a todos que dela necessitam para estabelecer os serviços de saúde. Desta forma, a vigilância caracteriza-se mais como um sistema de informação para apoiar a coordenação de programas de controle de doenças infecciosas do que um instrumento de apoio técnico dos serviços de saúde.

Não podemos entender como objetivo da vigilância, meramente a coleta e análise das informações, mas também a responsabilidade de elaborar, com fundamento em conhecimentos científicos rigorosamente atualizados, as bases técnicas que oferecerão subsídios aos serviços de saúde na elaboração e implementação dos programas de saúde com a preocupação de contínuo aprimoramento, assim como a agilização da identificação de problemas de maneira a propiciar a oportuna intervenção para seu controle (WALDMAN, 1999, p. 12).

A falha assinalada em relação à vigilância epidemiológica da TV abre a lista das falhas identificadas no estudo. As falhas representam os nós críticos da assistência ofertada pelos serviços, diante dos critérios relacionados nas Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2007b).

Encontram-se, no quadro 1, os critérios escolhidos para qualificar a assistência. Tais critérios buscam principalmente erros fundamentais para a ocorrência da TV.

As informações apresentadas demonstram em primeira análise que as falhas aconteceram e o não cumprimento das recomendações superou as ações positivas para a prevenção da TV do HIV.

	Bela	Margarida	Alice	Urso	Shreck	Nemo	Sereia
Ano de Nascimento	2005	2006	1999	2000	2000	2000	1999
Diagnóstico HIV antes do parto	✓	✓	X	X	✓	X	✓
Pré-natal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nº de consultas > 6 pré-natal	✓	X	✓	✓	✓	✓	X
Exames de rotina pré-natal	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓
Testagem HIV no pré-natal	✓	✓	X	X	✓	✓	✓
Pré-teste	✓	✓	X	X	X	X	X
Pós-teste	✓	✓	X	X	X	X	✓
Resultado Teste HIV (IG <14s)	✓	X	X	X	X	X	X
TARV (IG 20 s)	✓	X	X	X	X	✓	X
Adesão	X	X	X	X	X	✓	X
Recebeu kit	✓	✓	X	X	X	✓	✓
Não Amamentação	✓	✓	X	X	X	✓	✓
Infusão AZT > 1 hora	✓	✓	X	X	X	X	X
Tipo de Parto adequado	✓	✓	X	X	X	X	X

Legenda: ✓ - Critério cumprido X - Critério não cumprido

Quadro 1: Apresentação de *check list* das Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV

As intervenções podem ser analisadas a partir dos três níveis de atenção envolvidos no processo, de acordo com seu encargo diante do modelo lógico:

a) Atenção Básica (UBS) - assistência pré-natal, responsável pelo diagnóstico:

- Todas as mulheres tiveram acesso à assistência pré-natal, dessas, cinco passaram por mais que seis consultas, e seis realizaram os exames de rotina. Porém duas não fizeram o teste para o HIV. Para a realização do teste no pré-natal, das cinco que fizeram o exame, apenas duas foram aconselhadas anteriormente à testagem. E apenas uma das mulheres recebeu o exame antes da 14ª semana de gestação. Após a testagem, três foram aconselhadas.

b) Serviço Especializado (SAE) – assistência ao HIV/AIDS, responsável pelos exames específicos e indicação das medidas profiláticas, inclusive o uso do TARV:

- A TARV foi introduzida após a 20ª semana de gestação em cinco casos. E apenas uma das mulheres conseguiu aderir aos medicamentos. O kit foi entregue para quatro mulheres, que também não amamentaram.

c) Hospitais e maternidade - assistência ao parto e puerpério.

- Apenas duas tiveram o parto adequado à sua condição viral, e infusão adequada do AZT.

Salienta-se que esta divisão é apenas utilizada convenientemente para a análise das informações, pois, na prática, as responsabilidades e intervenções não devem ser estabelecidas rigorosamente para um outro nível da assistência, respeitando assim a integralidade.

Verificou-se, contudo, que as falhas ocorreram nos três níveis de assistência, com destaque para a efetivação da adesão a TARV, inadequada qualificação dos trabalhadores para acolher e principalmente no atendimento ao parto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A AIDS selou um amor mais forte e mais definitivo porque desafia tudo, o medo, a tentação do desespero, o desânimo diante do futuro. Continuar tudo, apesar de tudo, o beijo, o carinho, a sensualidade quando se tem cabeça pra tentar o que parece impossível.”

(Herbert de Souza)

A realização do presente trabalho trouxe incremento para o olhar lançado à problemática da TV do HIV. A lupa foi disposta entre o olho e o objeto de observação, aumentando a visão. A realidade mostrou-se em detalhes: a complexa combinação de possibilidades e limites para mães e filhos diante da transmissão vertical do HIV envolve o enfrentamento de incertezas decorrentes das vulnerabilidades individual, social, e programática.

A lupa, neste contexto, refere-se ao estudo avaliativo proposto. A revisão dos episódios de transmissão vertical do HIV como evento sentinela possibilitou a identificação dos fatores causais a partir da descrição das 145 ocorrências de exposição e reconstrução das sete trajetórias dos casos confirmados.

Justifica-se, entretanto, que a ausência de outros atores que participaram da oferta e execução da assistência pode ter impedido o esclarecimento das falhas a partir de mais um foco. A ausência dos profissionais de saúde e gestores pode ter limitado a investigação, mas considera-se que os procedimentos metodológicos utilizados responderam à expectativa, fornecendo subsídios relevantes para o cumprimento dos objetivos propostos.

Avaliar as ações de prevenção e controle da Transmissão Vertical do HIV, na 15ª Regional de Saúde do Paraná, configurou o objetivo central do estudo. Ao alcançá-lo, verificou-se relevância em relação à vulnerabilidade programática, visto que, nas trajetórias estudadas, as vulnerabilidades individuais e sociais foram fortalecidas pela deficiência nas ações programáticas esperadas.

Os resultados encontrados mostraram que as ações de prevenção e controle, quando instituídas, reduzem expressivamente a probabilidade da ocorrência da TV do HIV, e, por isso, protegem as crianças de serem portadoras de HIV/AIDS. Entretanto, as medidas de prevenção conhecidas e pactuadas nas portarias e rotinas do Ministério da Saúde, na população estudada, não foram executadas na íntegra.

Contudo, vale relembrar a questão motivadora do estudo: Quais falhas podem ter conduzido as crianças ao diagnóstico positivo para o HIV, malgrado a existência de protocolos oficiais que garantem medidas de prevenção comprovadamente eficazes?

A concretização deste estudo avaliativo identificou falhas na organização da rede de atenção e nos processos de trabalho. Marcadas, em alguns casos, por comportamentos profissionais inadequados frente às medidas de prevenção preconizadas, por deficiência ou insuficiência de conhecimentos técnicos e humanísticos, ou ausência de compromisso social.

Estratégias que promovam a aderência dos profissionais dos serviços devem ser inseridas na rotina dos serviços de saúde, para que menos crianças sejam infectadas pelo HIV. Sugere-se que a avaliação seja incorporada pelos profissionais de saúde como instrumento da gestão do cuidado, para que soluções locais sejam criadas e compromissos éticos profissionais assumidos.

As medidas de prevenção e controle da Transmissão Vertical do HIV exigem uma série de cuidados a serem realizados pelas gestantes portadoras. As consultas freqüentes, a realização de exames laboratoriais específicos, o uso de grande quantidade de medicamentos e uma série de mudanças na vida social, trazem dificuldades que podem ser amenizadas com o apoio dos profissionais de saúde comprometidos.

Finaliza-se este trabalho com a afirmativa de que a determinação para a redução da transmissão vertical do HIV não se encontra apenas na garantia da oferta universal da terapia anti-retroviral e realização periódica de exames especializados, mas está intimamente enredada nas atitudes de acolher e aconselhar.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

AKERMAN, M; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. *É possível avaliar um imperativo ético?* *Ciência Saúde Coletiva*, vol.9, n. 3, p. 605-615, set. 2004.

AKERMAN, M; NADANOVSKY, P. *Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?* *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 8, n. 4, p. 361-365, dez. 1992.

ALENCAR, T. D. M. *A vida crônica é novidade na AIDS: as transformações da AIDS aguda para a AIDS crônica, sob o ponto de vista dos pacientes*. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP; 2006.

ALVES M. T. S. S. B.; SILVA, A. A. M.; NEMES, M. I. B. et al. *Tendências da incidência e da mortalidade por AIDS no Maranhão, 1985 a 1998*. *Revista de Saúde Pública*, vol. 37, p. 177-82, 2003.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. et al. *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS*. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, p. 50-71.

AYRES, J. R. C. M. *Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais*. *Interface: Comunicação Saúde e Educação* v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

_____. *Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde*. *Ciência Saúde Coletiva*, vol. 9, n. 3, p. 583-92, set. 2004.

AZEVEDO, A. C. *Avaliação de desempenho de serviços de saúde*. *Revista de Saúde Pública*, vol. 25, n. 1, p. 64-71, fev. 1991.

AZEVEDO, A. F.; GUILHEM, D. *A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/AIDS*. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 17, n. 3, p. 189-96, 2005.

AZEVEDO, G. D.; FREITAS, R. A. O. J.; FREITAS, A. K. M. S. O. et al. *Efeitos da idade materna sobre os resultados perinatais*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* vol. 24, p. 181-85, 2002.

BALLANI, T S L; OLIVEIRA, M L F. *Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas*. Texto & Contexto Enfermagem 2007 Vol: 16 488-494

BARBOSA, R. M.; KNAUTH, D. R. *Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, 2003.

BEMFICA, A. L. V. *Direitos da gestante*. Brasília-DF: MS, 2004.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006.

BOTTI, M. L.; SCOOCHI, M. J.; MARIN, R Z. S. *Situação epidemiológica da transmissão vertical do HIV em Maringá, 2006*. Anais do II Congresso internacional de Saúde, IV Seminário Científico do CCS: Atenção à saúde: realidade e perspectivas. (12 a 14 de setembro de 2007). Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde. Maringá. UEM. CROM.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional: Missão do programa nacional*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm>> Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Plano de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST*. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual da Oficina de Capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Indicadores e dados básicos. Apresentação. Indicadores demográficos. Indicadores socioeconômicos*. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm.2003> Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. *Manual técnico dos profissionais da saúde: prevenção do câncer de colo de útero*. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. *Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2002c.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. *Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acompanhamentos da reforma agrária*. Brasília: UNB, 2001 c.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, 1995.

BRITO, A. M.; SOUSA, J. L.; LUNA, C. F. et al. *Tendência da transmissão vertical de AIDS após terapia anti-retroviral no Brasil*. Revista de Saúde Pública, vol.40, supl. 1, p. 18-22, abr. 2006.

BRITO, A. M.; AYRES, E. C.; SZWARCOWALD, C. L. *AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, n. 34, v. 2, p. 207-17, mar./abr. 2000.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. *From understanding social vulnerability to a multidisciplinary outlook*. Revista de Saúde Pública, vol. 36, n. 4, p.117-19, ago. 2002.

CAETANO, M. R.; COUTO, E.; BARINI, R. et al. *Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente*. Revista de Ciência Médica. Campinas, n. 15, v. 1, p. 47-53, jan./fev. 2006.

CASTILHO, E. A. S.; CHEQUER, P. A epidemia de AIDS no Brasil. In: *A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências*. (Coordenação Nacional de DST e AIDS da Secretaria de Projetos Especiais em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAVALCANTE, M. S. et al. *Human immunodeficiency virus transmission from mother to infant in Fortaleza: revealing the epidemiological situation in a capital of the Brazilian Northeast*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., vol. 26, n. 2, p. 131-138, mar. 2004.

CHALERMCHOCKCHAROENKIT, A.; LOUISIRIROTKHAKUL, S.; ROONGPISUTHIPONG, A. et al. *Rapid human immunodeficiency virus diagnostic test during the intrapartum period in pregnant women who did not receive antenatal care*. J. Med. Assoc. Thai. v. 85, p. 703-8, 2002.

CHEQUER, P. *Programa Nacional de DST e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Adaptado do texto original de Kenneth Camargo, em outubro de 2005).

COLOMBRINI, M. R. C.; *Fatores preditivos para não-adesão ao tratamento com terapia anti-retroviral altamente eficaz nos casos de HIV/AIDS*. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas. São Paulo, 2003.

CONNOR, E. M; SPERLING, R. S, GELBER, R. et al. *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment*. N. Engl. J. Med. vol. 331, p. 1173-80, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.R. et al *A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZ, ZMA (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

DELOR, F.; HUBERT, M. *Revisiting the concept vulnerability*. Soc. Sci. Med. on line. 2000, jun. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/scie>.> Acesso em: 4 jun. 2006.

DUARTE G. Vírus da imunodeficiência humana tipo 1. In: DUARTE, G. *Diagnóstico e condutas nas infecções ginecológicas e obstétricas*. Ribeirão Preto: Funpec, 2004. p. 1-19.

DUARTE, G. et al. *Rapid test to detect HIV-1 infection among pregnant women*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2001.

DUARTE, G.; QUINTANA, S. M.; BEITUNE, P. *Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo um*. Rev. Bras. Ginecol. e Obst. v. 37, n. 11, p. 698-705, 2005.

ELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. *Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 2, n. 2, p. 157-65, maio/ago. 2002.

FRANCE-PRESS-AGENCE. *EUA-SAÚDE-AIDS: Vírus HIV diminui a fertilidade feminina*. maio 2000.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. *A operação cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 7, v. 2, p. 150-73, abr./jun. 1991.

FEKETE, M. C. In: SANTANA, J. P. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde*. Brasília: OPS, 1997.

FELICIANO, K. V.; KOVACS, M. H. *As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV*. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, vol. 3, n. 4, out./dez. 2003.

FELISBERTO, E. *Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no programa saúde da família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999*. Dissertação (Mestrado em Saúde). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Recife. Pernambuco. 2001.

FERNANDES, R. S. C.; ARAUJO, L. C.; MEDINA-ACOSTA, E. *O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil*. Cad. Saúde Pública, vol. 21, n. 4, p. 1.153-59, jul./ago. 2005.

FERREIRA JR, O. C.; RIEDEL, M.; WIDOLIN, M. R. et al. *HIV Rapid Test Study Group. Evaluation of rapid tests for anti -HIV detection in Brazil*. AIDS. Rev. Saúde Pública, vol. 19, supl. 4, p. 70-5, 2005.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEREDO, R. M.; SINKOC, V. M.; TOMAZIN, C. et al. *Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com anti-retrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola*. Rev. Lat. Am. Enferm. vol. 9, n. 4, p. 50-5, 2001.

FONSECA, M. G. P.; TRAVASSOS, C.; BASTOS, F. I. et al. *Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998*. Cad. Saúde Pública, vol.19, n.5, p. 1.351-63, set./out. 2003.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. *O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 5, set./out. 2004.

GODOY, A.; MORÁS, M.; AUCÉLIO, P. Q. (Coords.). *A saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos de reforma agrária*. Brasília: UNB-Ceam-Nesp/MST-Sector Nacional de Saúde, 2000.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOMES, F. A. Z. *Impacto das intervenções na redução da transmissão vertical do HIV: Experiência em uma maternidade Brasileira de 1990 a 2000*. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas. São Paulo. 2001.

GUILHEN, D. *Avanços e desafios de uma epidemia*. Jornal UnB Notícias. Brasília, ano 9, n. 71, mar./abril. Disponível em: <http://www.unb.br/acs/unbnoticias/un0306-p1.htm>.> Acesso em: 4 jun. 2006.

HARTZ, Z.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C.; et al. *Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil*: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev. Saúde Pública*, vol. 30, p. 310-18, 1996.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

_____. *Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais*. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 4, n. 2, p. 341-53, 1999.

_____. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

HEBLING, E. M. *Mulheres soropositivas para HIV: sentimentos associados à maternidade e à orfandade*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas. São Paulo. 2005.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. *Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 15, p. 71-101, 2005.

HERZLICH, C. *Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 2, p. 383-94, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuário Estatístico do Brasil de 2003*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2007.

KHOURY, Z.; SILVEIRA, O. S.; PEREIRA, H. M. V. et al. *Desafios para controle da transmissão vertical do HIV no Município de São Paulo/Challenges to vertical transmission of HIV control on Sao Paulo City*. *J. Bras. AIDS*. vol. 6, n. 2, p. 52-7, mar./abr. 2005.

KUHN, L.; ABRAMS, E. J.; MATHESON, P. B. et al. *Timing of maternal infant HIV transmission: association between intrapartum factors and early polymerase chain reaction results*. *J. Bras. AIDS*. vol. 11, p. 429-35, 1997.

LE MOS, L. M. D.; GURGEL, R. Q.; FABBRO, A. L. F. *Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v. 27, n. 1, p. 32-6, 2005.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas. São Paulo. 2001.

MANIGART, O.; CREPIN, M.; LEROY, V. et al. *Effect of perinatal zidovudine prophylaxis on the evolution of cell-free HIV-1 RNA in breast milk and on postnatal transmission*. J. Infect. Dis. vol. 190, n. 8, p. 1422-28, 2004.

MANN, J. et al. (Orgs.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. *Assessing vulnerability to HIV infection and AIDS*. In: Mann JM, Tarantola DJM, editors. AIDS in the world, the global AIDS policy coalition. Boston: Harvard University Press; 1992. p. 577-602.

MARQUES, H. H. S.; LATORRE, M. R. D. O.; DELLA NEGRA, M. et al. *Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo*. Rev Saúde Pública, vol. 36, p. 385-92, 2002.

MARTÍN, H. S. *Princípios de epidemiologia em las enfermedades infecciosas*. In: *Salud y Enfermedad*. 4. ed. Cidade do México: La Prensa Medica Mexicana, 1984. p. 115-127.

MATTOS, R. A.; TERTO, V. J; PARKER, R. *Divulgação em saúde para debate*. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 27, p. 81-94, ago. 2003.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. *Logic models: A tool for telling your program's performance story*. In: SOUSA, M. G. G. *Avaliação do grau de implementação do projeto nascer maternidades em Pernambuco*. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Brasília-Distrito Federal, 2006.

MELCHIOR, R.; NEMES, M. I. B.; BASSO, C. R. et al. *Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil*. Rev. Saúde Pública. vol. 40, n. 1, p. 143-51, jan./fev. 2006.

MINAYO, M C de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec. 2004.

MOREIRA, T M A. *Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase*. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002.

NEVES, M. P. *Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio*. Revista Brasileira de Bioética, vol. 2, n. 2, p. 157-72, 2006.

NEWELL ML. *Mechanism and timing of mother to child transmission of HIV-1*. J. Bras. AIDS, vol. 12, p. 831-37, 1998.

NISHIMOTO, T. M. I.; ELUF NETO, J.; ROZMAN, M. A. *Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos*. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v. 51, n. 1, 2005.

NOGUEIRA, S. A.; ABREU, T.; OLIVEIRA, R. et al. *Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach*. Braz. J. Infect. Dis, vol. 5, n. 2, p.78-86, abr. 2001.

NOVAES, Hillegonda Maria D. *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde*. Rev. Saúde Pública, Oct. 2000, vol.34, no.5, p.547-549.

PAIVA, V. Revendo as primeiras abordagens para a prevenção da AIDS. In: PAIVA, V. *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus, 2000. p. 27-53.

PAIVA, V.; BUGAMELLI, L.; LEME, B. et al. *A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero?* Cuadernos Mujer Salud, vol. 3, p. 34-8, 1998.

PALMA, A. *Ciência pós-normal, saúde e riscos dos aeronautas: a incorporação da vulnerabilidade*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro-Rio de Janeiro, 2002.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Comunicação Social – SECS. *Em quatro anos diminuem as notificações de AIDS no Paraná*. Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.aenoticias.pr.gov.br/modules/news/article.php?storyid=24706>> Acesso em: 23 nov. 2007.

PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PENNA, M. L. F. *Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde, 1995.

PENNA, M. L. F.; FAERSTEIN, E. *Coleta de dados ou sistema de informação? O método epidemiológico na avaliação de serviços de saúde*. Cadernos do IMS, vol. 2, p. 67-78, 1987.

PEREIRA, C. C. A. *Causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos*, 2001. Dissertação (Mestrado em Economia). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Belo Horizonte. Minas Gerais, 2005.

ROCHA, F M G da. *Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 130 p. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00008602&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 5 jun 2007.

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. *Measuring the quality of medical care: a clinical method*. The New England Journal of Medicine 1976;294(11):582–588.

- RUTSTEIN, S. *Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990*. Bulletin of the World Health Organization (WHO). vol. 78, n. 10, p. 1.256-70, out. 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0793.pdf>>, Acesso em: 7 ago. 2006.
- SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C. *Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde*. Bioética, vol. 8, p. 307-22, 2000.
- SALDANHA, A. A. W. *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soro positividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. São Paulo, 2003.
- SANCHES, K. R. B.; *A AIDS e as Mulheres Jovens: Uma questão de vulnerabilidade*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1999.
- SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. *Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?* Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, n. 2, p. 319-24, 2007.
- SANT'ANNA, M. J. C.; COATES, V. *Atenção integral à adolescente grávida*. Pediatria Moderna, vol. 37, p. 10-3, 2001.
- SANTOS, N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILLIPE, E. V. et al. *Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade*. Rev. Saúde Pública, vol. 36, n.4, supl. ago. 2002.
- SARACENI, V. et al. *Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis*. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 8, n. 4, p. 419-24, 2005.
- SCOCHI, M J. *Municipalização e avaliação dos serviços de saúde: uma análise localizada*. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1996.
- SILVA, S. F. *Questões de implantação do SUS*. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002.
- SOUZA, Herbert de. *A cura da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- SOUZA JR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JUNIOR, A. et al. *Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002*. Rev. Saúde Pública, vol. 38, n. 6, p. 764-72, dez. 2004.

SOUZA JR, P. R. B. *Oportunidades perdidas de redução de AIDS adquirida por transmissão vertical no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004.

TAKAHASHI, R. F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. *Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 59-65, dez. 1998.

TESS, B. H.; RODRIGUES, L. C.; NEWELL, M. L. et al. *Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil*. Sao Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. J. Bras. AIDS. vol. 12, n. 5, p. 513-20, 1998.

TUOMALA, R. E.; WATTS, D. H.; VAJARANANT, M. et al. *Improved obstetric outcomes and few maternal toxicities are associated with antiretroviral therapy, including highly active antiretroviral therapy during pregnancy*. J Acquir Immune Defic Syndr. vol. 38, n. 4, p. 449-73, 2005.

UNAIDS, W. H. O. *Report on the global AIDS epidemic*. Genebra. May 2006. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp> Acesso em: 10 jul. 2006.

_____. *Report on the global AIDS epidemic*. Genebra. May 2006. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp> Acesso em: 10 ago. 2007.

VALENTE, M. *Ciência ignora a AIDS na mulher, afirma indicada para o Nobel Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero*. Entrevista com Patrícia Pérez, indicada para o prêmio Nobel da Paz. 02/07/07, às 20h58m. Disponível em: <http://www.gestospe.org.br>. Acesso em: 7 out. 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. *Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador. o planejamento segundo bases operacionais*. Cad. Saúde Pública, vol. 13, p. 269-75, 1997.

VASCONCELOS, A. L. R.; HAMANN, E. M. *Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos*. Rev. Bras. Saude Mater. Infant, Recife, v. 5, n. 4, 2005.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. M. *Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle*. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999.

ANEXOS**ANEXO 01: instrumento de coleta de dados - prontuários****Instrumento de Coleta de Dados – Prontuário Mãe/Criança**

1. Código de identificação: _____
2. Data do registro da gravidez: ____/____/____
3. Preenchimento da Ficha de Notificação (gestante e criança exposta):
() Sim () Não
4. Descoberta do Diagnóstico: () Pré-Natal () Parto () Puerpério
5. Local da realização do pré-natal: _____
6. Idade gestacional do início da TARV: _____
7. Retirada do Kit: () Sim () Não
8. Local da realização do parto: _____
9. Data de Nascimento da Criança: ____/____/____
10. Tipo de parto: () cesária () normal
11. Amamentação: () Sim () Não
12. Definição do caso: _____
13. Preenchimento da Ficha de Notificação (AIDS menores de 13 anos):
() Sim () Não
14. Condição atual da mãe: _____
15. Condição atual da criança: _____
16. Observações:

ANEXO 02: Municípios da 15ª Regional de Saúde de Maringá – PR e respectiva população – 2007

Municípios	População
Ângulo	2.807
Astorga	24.191
Atalaia	3.627
Colorado	21.049
Doutor Camargo	5.609
Floraí	5.051
Floresta	5.215
Flórida	2.448
Iguaçu	3.741
Itaguajé	4.508
Itambé	5.897
Ivatuba	2.715
Lobato	4.219
Mandaguaçu	18.226
Mandaguari (***)	31.900
Marialva	30.007
Maringá (***)	325.968
Munhoz de Mello	3.554
Nossa Senhora das Graças	3.904
Nova Esperança	25.719
Ourizona	3.296
Paiçandu	34.648
Paranacity	9.513
Presidente Castelo Branco	4.674
Santa Fé	9.784
Santa Inês	1.890
Santo Inácio	4.876
São Jorge do Ivaí	5.286
Sarandi	79.747
Uniflor	2.402
30 MUNICÍPIOS	663.074

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm

ANEXO 03: instrumento de coleta de dados – entrevista mãe**Instrumento de Coleta de Dados – Entrevista Mãe**

Entrevistadora: "Primeiro vou fazer algumas perguntas sobre a Senhora"

1. Qual a sua idade? |_|_| Anos

2. Qual o último ano que a Sra. completou na escola?

3. Atualmente a Sra. é:

() Solteira () Casada () Vive Junto/Em união () separada/Divorciada () Viúva

4. Qual o último ano que seu marido/companheiro completou na escola? __ série do ___ grau

5. A Sra. tem quantos filhos? _____

6. A Sra. está trabalhando? |_| Sim |_| Não

12. Qual é o seu trabalho?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA**1. Conhecimento do diagnóstico**

- a) Quanto tempo faz que ficou sabendo que tem o HIV?
- b) Quando fez o exame?
- c) Qual orientação recebeu antes de fazer o exame?
- d) Quem lhe entregou o resultado?
- e) Qual orientação recebeu depois de fazer o exame?
- f) A Sra. Fez ou faz uso de terapia com anti-retrovirais? Como se sentiu/sente usando esses medicamentos?
- g) A Sra. recebeu informações sobre a possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o filho? Quais? Quem informou?

2. A Gravidez do filho soropositivo

- a) Como percebeu a gravidez? Gravidez foi desejada?
- b) Situação do parceiro: sorologia, reações ao diagnóstico.
- c) Situação familiar no momento da gravidez e logo depois: emprego x desemprego; recebeu apoio (emocional, material, religioso)? De quem?
- d) A gravidez foi diferente das outras? Como?
- e) Informações sobre o tratamento: foi informada sobre os riscos de transmissão para bebê? Sobre (não) amamentação?
- f) Sentiu-se discriminada quando? Como? Como reagiu?

3. Avaliação do Serviço de Saúde:

- a) Como foi e tem sido a assistência recebida após o diagnóstico?
- b) Como avalia a atuação dos profissionais de saúde que atenderam e atendem a Sra?
- c) O tratamento: como foi o tratamento para evitar a transmissão para o bebê? Teve efeitos colaterais?
- d) Durante a sua gravidez acha que foi apoiada? Por quem?
- e) A Senhora gostaria de me dizer mais alguma coisa sobre o que conversamos?

ANEXO 04: termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, livremente, aceito participar da pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde – A ocorrência da Transmissão Vertical do HIV como evento sentinela. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecida pela pesquisadora, em relação a minha participação na pesquisa. Fui informada sobre o seguinte:

Aspectos éticos: A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, respeitando a Resolução 196/96.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar os serviços públicos de saúde que prestaram atendimento às portadoras do vírus HIV da 15ª Regional de Saúde em relação às ações de prevenção e controle da transmissão vertical.

Metodologia: “Evento sentinela”, como método de avaliação, seguindo o caminho inverso, procurando detectar as falhas do processo a partir do efeito indesejado. Considera-se a confirmação do diagnóstico HIV + em crianças pela transmissão vertical como evento indesejado e a partir de sua descoberta, será reescrita a trajetória que mãe e filho fizeram nos serviços de saúde e quais ações para a prevenção da transmissão foram realizadas.

Riscos: Não haverá qualquer risco para a integridade física, mental ou moral para nenhum participante.

Privacidade: Os dados individuais serão confidenciais enquanto os resultados coletivos – onde não serão citados os nomes, somente os dados, serão divulgados em benefício da comunidade.

Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revista científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantida em sigilo informação relacionada à minha privacidade, bem como garantido o direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Maringá, _____ de _____ de 200__.

Participante ou Representante Legal

Pesquisador: Maria Luciana Botti
Telefone: (44) 3246-2691 Endereço: Rua Martim Afonso, 1217. Mgá, PR
Orientadora: Prof. Dra. Maria José Scochi
Telefone: (44) 3261-4040 Endereço: Av. Colombo, 5790. Maringá, Paraná

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá
Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Bloco 10 sala 01 Campus Universitário
Av. Colombo, 5790. Maringá, Paraná. Telefone: (44) 3261-4444



CESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
COpec - Comitê Ética em Pesquisa do Cesumar
Maringá-PR –cep 87050-390
(0xx44) 30276360 –ramal 345
copec@cesumar



Certificado nº 037/2007

CERTIFICADO

Certificamos que o projeto intitulado, , **Transmissão vertical do HIV como evento sentinela**, Processo nº 017/2007, Parecer nº 051 a responsabilidade das Pesquisadoras **Maria José Scochi e Maria Luciana Botti** está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana adotada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) pela Resolução MS/CNS 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA DO CESUMAR (COPEC) em reunião realizada em 18/04/2007.

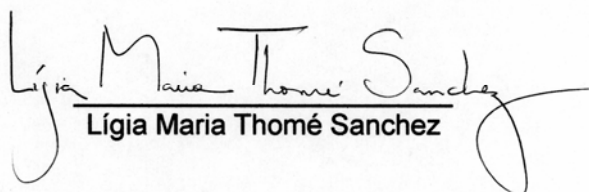
Maringá, 24 de Abril de 2007.


Professor Hago Pires JR
Presidente do COpec

COpec/LMG/2007

DECLARAÇÃO

Eu Lígia Maria Thomé Sanchez, portadora do RG: 5.907.540-3, graduada em Psicologia pela UEM, Mestre em Multimeios (Literatura e Audiovisual) pela Unicamp, declaro para os devidos fins, que fiz a correção de português envolvendo gramática, ortografia e texto da dissertação intitulada "A trajetória dos casos de transmissão vertical do hiv na Região Noroeste do Paraná: identificando os nós críticos da assistência", escrita por Maria Luciana Botti. Sendo esta a expressão da verdade, assino a presente.


Lígia Maria Thomé Sanchez

Maringá, 24 de abril de 2008.

DECLARAÇÃO

Eu Ivani Baptista, bibliotecária devidamente inscrita no CRB 09/331, declaro para os devidos fins que efetuei a catalogação da dissertação intitulada “A trajetória dos casos de transmissão vertical do HIV na região noroeste do Paraná: identificando os nós críticos da assistência”, da autoria de Maria Luciana Botti, sendo de todo teor expressão da verdade.

Maringá, 26 de abril de 2008

IVANI BAPTISTA
CRB-09/331

DECLARAÇÃO

Eu Afife Cristina Nicolau Allen, brasileira, psicóloga e professora de língua inglesa, portadora da cédula de identidade sob n. 2.234.676SSP/PA, e inscrita no CPF/MF 017.258.689-54, declaro para os devidos fins que efetuei a tradução do resumo para a língua inglesa da dissertação intitulada "A trajetória dos casos de transmissão vertical do HIV na região noroeste do Paraná: identificando os nós críticos da assistência", da autoria de Maria Luciana Botti, sendo de todo teor expressão da verdade.

Maringá, 26 de abril de 2008


AFIFE CRISTINA NICOLAU ALLEN

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](#)