

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO**

**ATENÇÃO À MULHER PORTADORA DO HIV/AIDS NO CICLO GRAVÍDICO NO
MUNICÍPIO DE ITAJAI, SANTA CATARINA, 2000-2005**

ITAJAÍ (SC), 2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ROSALIE KUPKA KNOLL

**ATENÇÃO À MULHER PORTADORA DO HIV/AIDS NO CICLO GRAVÍDICO NO
MUNICÍPIO DE ITAJAI, SANTA CATARINA, 2000-2005.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra Elisete Navas Sanches

ITAJAÍ (SC), 2008

AGRADECIMENTOS

A Professora Elisete Navas, que me orientou e apoiou nesta caminhada;

As Professoras Rosita e Águeda pelo apoio durante a realização deste trabalho;

À Secretaria da Saúde de Itajaí, em particular o Departamento de Vigilância Epidemiológica, que possibilitou a realização deste trabalho;

As amigas e companheiras de trabalho Juliana, Rachel, Fernanda, Mara, Catiana, Ismênia e Mylene pelo apoio, paciência carinho;

A Rita pelo apoio neste período final;

As mulheres gestantes HIV+ que possibilitaram a realização do trabalho;

A grande amiga Adriana, que teve a paciência e carinho nos momentos de finalização;

Ao meu grande companheiro Biaze, ao Daniel e ao Pedro pelo seu incentivo e paciência durante todo este período.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	4
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	5
LISTA DE TABELAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Trajetória e tendência da epidemia	13
2.2 HIV e gestação	17
2.3 Terapia antiretroviral na gestação, segundo o Consenso Terapêutico do Ministério da Saúde – 2007	24
2.4 Critérios para seleção do esquema antiretroviral segundo o Consenso Terapêutico do Ministério da Saúde – 2007	25
3 MATERIAL E MÉTODOS	27
3.1 Tipo /Local do Estudo	27
3.2 População do estudo	29
3.3 Coleta de dados	29
3.4 Variáveis do estudo	30
3.5 Análise de dados	30
3.6 Aspectos éticos	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
ANEXOS	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTG	Aids Clinical Trial Group
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	antiretroviral
AZT	Medicamento Zidovudina
CD4	linfócito
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência
LPV/r	Medicamento Lopinavir + Ritonavir
NVP	Medicamento nevirapina
3 TC	Medicamento Lamivudina
RN	Recém Nascido
SINAN	Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
TARV	Terapia antiretroviral
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
VDRL	Exame laboratorial para diagnóstico de sífilis
WHO	Organização Mundial da Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Critérios para seleção do esquema Antiretroviral segundo o Consenso Terapêutico do Ministério da Saúde - 2007 (Brasil, 2007)	26
Figura 1. Variáveis relacionadas a transmissão vertical do HIV, Itajaí (SC), 2000 – 2005	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do numero total de gestantes, gestantes HIV, recém nascido HIV+, taxa de transmissão vertical e prevalência de gestantes HIV no período de 2000 a 2005.....	33
Tabela 2- Distribuição da freqüência dos dados demográficos de gestantes HIV+ , 2000 a 2005, Itajaí (SC)	34
Tabela 3- Distribuição da freqüência da susceptibilidade à transmissão do vírus HIV em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC)	35
Tabela 4 - Distribuição da freqüência dos dados da assistência pré-natal em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC)	37
Tabela 5 - Distribuição da freqüência das gestantes HIV+ segundo realização do teste anti HIV, 2000-2005, Itajaí (SC)	38
Tabela 6 - Distribuição da freqüência da profilaxia na assistência pré-natal em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC)	39
Tabela 7 - Distribuição da freqüência dos dados da assistência ao parto em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).....	40
Tabela 8 - Distribuição da freqüência dos dados de assistência ao RN, de gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).....	41
Tabela 9 - Distribuição da freqüência dos dados de laboratoriais do recém nascido, de gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).....	43

RESUMO

No Brasil, os casos de transmissão vertical correspondem a 2,7% do total geral de casos de AIDS notificados, sendo responsável por mais de 90% dos casos em menores de 13 anos. Neste sentido, este trabalho teve como objetivos estudar a atenção à gestante HIV+ na rede de atenção à saúde do município, o perfil das gestantes, aspectos relacionados com assistência ao pré-natal e parto, o uso de medicamento anti-retroviral na mãe e seu bebê e o resultado da sorologia do recém nascido. Trata-se de um estudo seccional, de prevalência seletiva, onde foram utilizados os dados referentes às gestantes HIV+ e crianças expostas disponíveis no Sistema de Informações Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos(SINASC) no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Os dados foram exportados do SINAN para planilhas eletrônicas EXCELL e o software SAPD.5 para processar a análise multivariada. A amostra foi constituída de 158 gestantes e 160 crianças, (destas, duas foram gemelares). Os principais resultados encontrados são: 77,8% das mulheres são da raça branca; 59,4% com escolaridade de ensino fundamental e 81% na faixa etária de 20 a 34 anos. A quase totalidade (98,7%) das mulheres realizou pré-natal, porém, 64,2% iniciaram tardiamente o pré-natal. Das mulheres da amostra 42% sabiam de sua condição sorológica antes de engravidar e 53,6% tiveram seus resultados durante o pré-natal. O início da profilaxia em 56,3% das gestantes ocorreu no momento adequado e 91,1% recebeu AZT no parto. A totalidade das crianças recebeu AZT nas primeiras 24h; 75,6% não se contaminou com o vírus HIV; 20,6% foram perdidas no seguimento e seis crianças infectaram-se. Os fatores que mais contribuíram para a transmissão foram: ruptura de membranas amnióticas por mais de 4 horas, parto normal, não uso de medicamento e/ou início da profilaxia tardiamente.

Palavras-chave: HIV; pré-natal; prevenção; Infecção por HIV ; transmissão materno infantil; anti-retrovirais

ABSTRACT

In Brazil, cases of mother-to-child transmission correspond to 2.7% of all cases of AIDS notified, and are responsible for more than 90% of the cases in children aged under 13. The objectives of this work were to study the healthcare given to pregnant women with AIDS/HIV in the municipal healthcare network; the profile of the pregnant women; aspects related to pre-natal healthcare and labor; the use of anti-retroviral medication in the mother and infant; and the result of HIV serology of the new born infant. It is a cross-section, selective prevalence study, which uses data on the pregnant women HIV positive and their exposed children, recorded in the National Information System for Notification of Health Events (SINAN) and the Information System for Live Newborn Infants (SINASC) during the period January 2000 to December of 2005. The data were exported from the SINAN to EXCELL spreadsheets, and the software SAPD.5 was used to process the multivariate analysis. The sample consisted of 158 pregnant women and 160 infants (including one pair of twins). The main results found were: 77.8% of the women were Caucasian; 59.% were educated to elementary level and 81% were aged between 20 to 34 years. Almost all the women (98.7%) had undergone pre-natal check-ups, but 64.2% joined this program late in the pregnancy. Of the women included in the sample, 42% were aware of their serology results before pregnancy, and 53.6% were diagnosed during the prenatal care program. The start of prophylactic treatment occurred at the right moment in 56.3% of the patients, and 91.1% of the newborns received AZT during the labor. All the infants received AZT in their first 24 hours of life. 75.6% were not HIV positive; 20.6% were not followed up and 3.8% (6) of the infants were HIV positive. The main factors that contributed to the mother-to-infant transmission were: Rupture of the amniotic membranes for more than four hours; normal birth; and the absence or late onset of prophylactic treatment during pregnancy. These results could probably be improved if critical measures were taken to ensure early access by patients to prenatal care programs, better qualifying the prenatal care offered within the Unified Health System (SUS), and improving the healthcare of infants born to HIV positive patients.

Key words: HIV, pre natal, prevention, HIV infection, mother to child transmission, antiretroviral

1 INTRODUÇÃO

A VIII Conferencia Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante para a configuração constitucional adotada para a saúde. Assim, a criação do Sistema Único de Saúde pode ser apontada como uma das maiores conquistas sociais da Constituição de 1988. Concretizou princípios que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas inter-relacionados: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem se traduzidos por universalidade, integralidade e equidade. Os segundos por: descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social. O modelo de atenção à saúde, então, é baseado na descentralização, regionalização e hierarquização da rede de saúde (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal n. 8080/1990 (BRASIL, 1990) aponta alguns dos principais objetivos do SUS como:

- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;
- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas.

No contexto do Sistema Único de Saúde está inserida a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) com uma importância grande para o município de Itajaí devido a alta prevalência da doença constatada nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002). Estudos epidemiológicos apontam para indicadores que delimitam o atual perfil da epidemia do HIV/AIDS, tais como crescimento proporcional de casos atribuídos às relações heterossexuais e as faixas etárias cada vez menores; a feminização e a interiorização – aumento do número de casos de aids nos municípios de pequeno e médio porte (BRASIL, 2004b).

Acrescente-se a isso o impacto cada vez maior da infecção pelo vírus HIV entre as populações mais pobres, onde ao baixo nível de escolaridade e as dificuldades de acesso a informação e meios de prevenção somam-se precárias condições de vida e de saúde, exigindo que a vulnerabilidade social passe a ser permanentemente considerada no planejamento de ações e políticas (BRASIL, 2004a).

Os vinte anos de resposta nacional à epidemia da AIDS estão marcados não só pelo diálogo, mas, também, pelo conflito entre as abordagens ditas tradicionais em saúde pública e a pressão social pelo respeito aos direitos humanos.

A necessidade de prevenção à infecção pelo HIV, bem como de investimentos crescentes na assistência às infecções oportunistas impõem o controle do diagnóstico sorológico para o HIV e dos marcadores necessários para a sua eficácia, que contribuem tanto para evitar novas infecções ou reinfecções, quanto para assegurar o direito ao acompanhamento especializado precoce e a manutenção de uma boa qualidade de vida. Neste contexto, é fundamental investir na prevenção da transmissão vertical (da mãe para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação), o que demanda a proposição de normas que garantam às gestantes o acesso ao diagnóstico do HIV e a outros recursos já disponíveis (BRASIL, 2006).

No Brasil, os casos de transmissão vertical correspondem a 2,7% do total geral de casos de AIDS notificados, e é responsável por mais de 90% dos casos em menores de 13 anos. Se, por um lado, o panorama epidemiológico atual indica a expansão da epidemia nessa direção, por outro, efetivamente, encontram-se disponíveis meios para a prevenção da transmissão do HIV nessas crianças (BRASIL, 2006).

Em 1994, foi comprovada a redução da transmissão vertical com o uso do medicamento Zidovudina (AZT). O uso deste medicamento proporcionou uma queda de 67,5% na taxa de transmissão vertical nas gestantes que receberam o medicamento durante a gestação, trabalho de parto ou parto, e em recém nascidos que receberam o medicamento AZT oral por seis semanas e foram alimentados exclusivamente com fórmula infantil (CONNOR et al., 1994).

O Ministério da Saúde implantou em 2003 o projeto Nascer Maternidades, recomendando que todas as gestantes, que por algum motivo não tenham realizado o pré-natal e, portanto, não tenham realizado o teste anti HIV, o façam na maternidade (BRASIL, 2002b).

O município de Itajaí está entre os de maior prevalência de casos de AIDS no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde é um dos municípios de maior incidência, apresentando uma média de 88,9 casos por cada 100.000 habitantes, sendo que a incidência de mulheres infectadas tem aumentado consideravelmente (LAMBRANHO, 2005). A Secretaria Municipal da Saúde de Itajaí apresenta uma estimativa de casos de gestantes HIV positivas de 44 por ano (KNOLL et al., 2005), e possui no seu banco de dados 168 gestantes HIV positivas cadastradas.

Assim o estudo teve como objetivo analisar a atenção às mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS no ciclo gravídico, e seu recém nascido no período neonatal precoce, utilizando como base dados informações contidas no SINAN e SINASC. Analisou a série histórica da transmissão vertical do HIV/AIDS no período de 2000 a 2005, descrevendo o perfil demográfico dessas gestantes, o atendimento das gestantes durante o ciclo gravídico e de seus recém nascidos no período neonatal precoce e identificou as variáveis que mais contribuíram para a transmissão vertical do HIV.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Organismos internacionais ligados às Nações Unidas estimam que no final de 2005 ocorreu em todo o planeta, cerca de 40,3 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV. O número de mulheres infectadas, particularmente mulheres jovens, aumentou rapidamente, e a maioria delas se infecta através do sexo desprotegido (SUCCI, 2002). No Brasil, de 1983 a junho de 2005, foram notificados 371.827 casos da doença, dos quais 118.962 ocorreram entre mulheres (BRASIL, 2005d).

O elevado número de casos de infecção adquirida através de relações heterossexuais, resultou em rápido aumento da infecção entre mulheres, a maioria em idade fértil. Uma das conseqüências direta dessa maior participação feminina é o progressivo aumento da transmissão materno-infantil (BRASIL, 2005d).

Assim, pretende-se descrever aspectos da trajetória da epidemia para que se possa compreender como a prevenção da transmissão do vírus HIV entre as populações, e particularmente, da mãe para o filho, pode contribuir para o controle dessa epidemia.

2.1 Trajetória e tendência da epidemia

2.1.1 Estatísticas Globais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) estimam que cerca de 65 milhões de pessoas vivem com o vírus HIV no Mundo e que a AIDS vem matando mais de 25 milhões de pessoas desde a sua descoberta em 1981. A maioria dos 38,6 milhões de pessoas vivendo com o HIV, em 2005, não conhece sua condição sorológica. Durante o ano de 2005 ocorreram 2,8 milhões de mortes por AIDS e mais de 4 milhões de novas infecções, quase metade das pessoas que vivem com o HIV no mundo são mulheres (17,3 milhões), destas 13,2 milhões estão na África sub Saarica (WHO/UNAIDS, 2006).

Das 11 mil novas infecções ocorridas por dia no mundo, em 2005, mais de 95% ocorreram em países sub desenvolvidos ou em desenvolvimento, cerca de 1500 são em crianças com menos de 15 anos de idade, e 10 mil infecções são em adultos de 15 anos e mais. Dentre os adultos quase metade são mulheres, destas 40% estão na faixa etária entre 15 e 24 anos (WHO/UNAIDS, 2006).

A cada ano surgem mais novos casos de infecções do que mortes relacionadas a AIDS. Em todo o mundo menos de uma entre cinco pessoas tem acesso aos serviços básicos de prevenção, e apenas uma entre oito pessoas que deseja se testar tem a chance de fazê-lo. A cada dia, 1800 crianças se tornam infectadas pelo HIV, a maioria composta por recém nascidos, pois apenas 9% das mulheres gestantes têm acesso a serviços de prevenção da transmissão vertical nos países sub desenvolvidos. No entanto em países desenvolvidos a epidemia continua crescendo, no oeste europeu e na Ásia Central ocorreram 220 mil novas infecções no ano de 2005 (WHO/UNAIDS, 2006).

De acordo com o último relatório da WHO/UNAIDS (2006) *three by five*, cerca de 1,3 milhões de pessoas vivendo com o HIV estão recebendo terapia anti retro viral (ARV) em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos; isto significa menos de 20% das necessidade, apesar de que o número de pessoas recebendo ARV triplicou desde final de 2001.

Em relação aos recursos financeiros, em 2005 foram aplicados US\$ 8,3 bilhões para o fundo global para AIDS, em 2006 US\$ 8,9 bilhões e US\$10 bilhões em 2007, mas isso parece pouco quando a real necessidade era de US\$ 14,9 bilhões para 2006 e US\$ 18,1 bilhões para 2007. Estes recursos são distribuídos basicamente para assistência e tratamento, sendo que 55% destes foram usados na África, 20% na Ásia e Pacífico, 17% na América Latina e Caribe, 7% no oeste europeu e 1% na África do Norte (WHO/UNAIDS, 2006).

2.1.2 Estatísticas do Brasil

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é a manifestação clínica da infecção pelo vírus HIV que leva, em média 8 anos para se manifestar. No Brasil, desde a identificação do primeiro caso, em 1980, até junho de 2005, já foram identificados cerca de 403 mil casos da doença, até a metade da década de 90, as taxas de incidência foram crescentes, chegando a alcançar, em 1998, cerca de 18 casos de AIDS por 100 mil habitantes.

Do total de casos, mais de 80% estavam concentrados na região Sul e Sudeste. No entanto, apesar da alta taxa de incidência e de ser a região mais atingida desde o início pela epidemia, o Sudeste é a única região que mostra tendência consistente de declínio, ainda que lento, desde 1998. A região Sul tem aumento das taxas de incidência de casos até o ano de 2003, porém com uma provável desaceleração do crescimento nos anos mais recentes, segundo dados recentes do Ministério da Saúde do Brasil, a epidemia na Região Sul está em

desaceleração desde 2004. Nas demais regiões, mantém-se a tendência de crescimento, principalmente nas regiões Norte e Centro Oeste (BRASIL, 2006).

No Brasil, a AIDS tem se configurado como sub epidemia, tendo atingido, de forma bastante intensa, os usuários de drogas injetáveis (UDI) e os homens que fazem sexo com homens (HSH) e, no início da década de 80, os indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, a taxa de incidência de AIDS se mantém, ainda, em patamares elevados - 19,8 casos por 100 mil habitantes – basicamente devido a persistência da tendência de crescimento entre as mulheres. Observou-se no sexo masculino, estabilidade na proporção de casos devido à transmissão homo-bissexual, aumento proporcional da heterossexual e redução persistente e importante dos casos em usuários de drogas injetáveis. Entre as mulheres, observa-se, após 1998, a tendência à estabilidade entre aquelas na faixa de 13 a 24 anos, com crescimento persistente em praticamente todas as outras faixas etárias (BRASIL, 2006).

O país acumulou cerca de 172 mil óbitos devido a AIDS até dezembro de 2004, sendo as taxas de mortalidade crescentes até meados da década de 90, estabilizando em cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998. Após a introdução da política de acesso universal aos medicamentos antiretrovirais (ARV), observou-se uma importante queda na mortalidade. A partir do ano 2000, essa taxa se estabilizou em 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, sendo a maior estabilidade em São Paulo e no Distrito Federal (BRASIL, 2006).

2.1.3. Estatísticas de Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina apresenta um total de 16.960 casos de AIDS no período de 1984 a 2005, revelando uma taxa de incidência de 21.4 casos/100mil habitantes para o ano de 2004. Do total de casos observamos 16.142 em adultos e 818 em crianças (92,3% contaminados por transmissão vertical). O Estado de Santa Catarina tem 293 municípios, destes, 73% tem pelo menos um caso de AIDS registrado. A transmissão do HIV, no ano de 2005, teve o seguinte comportamento: 73,9% dos casos ocorreram por transmissão heterossexual, 10,2% por utilização de drogas injetáveis (UDI) e 7,1% por transmissão homossexual (SANTA CATARINA, 2007).

Observa-se que 54,8% dos casos ocorreram na faixa etária de 20 a 34 anos, 35,5% entre 35 e 49 anos e 7,2% em pessoas com mais de 50 anos. Obedecendo o perfil do país e do Mundo a epidemia em nosso Estado vem apresentando crescimento entre os heterossexuais,

principalmente entre as mulheres. A razão entre homens e mulheres, em 1987, era de 4,8 H/M, e em 2004 ficou em 1,6H/M (SANTA CATARINA,2007)

2.1.4 Estatísticas de Itajaí

Itajaí é um município portuário, de 168.088 habitantes, localizado no Vale do Rio Itajaí- Açú, as margens da Br 101. Esteve em evidência em nível nacional devido aos altos índices de AIDS nos anos 80, apresenta um total de 1.707 casos de AIDS registrados no Sistema Informação de Agravos de Notificação Nacional (SINAN), e destes 542 são de pessoas do sexo feminino (ITAJAÍ, 2005).

No ano de 2002, a taxa de incidência alcançou 119 casos/100 mil habitantes, porém estes índices têm se mostrado em declínio nos últimos anos, fazendo sugerir uma estabilidade da transmissão da epidemia no município.

A epidemia, nos anos 80, era marcada por uma alta prevalência entre usuários de drogas injetáveis, os índices chegavam a 54% dos casos. Acompanhando o resto do país e os dados mundiais, a transmissão tomou outro rumo, sendo que o crescimento passou a acometer a população heterossexual, principalmente as mulheres (ITAJAI, 2004). Com este novo perfil de indivíduos acometidos pelo HIV, caracterizado pelo processo de feminização da doença, verifica-se, anualmente, aproximadamente 50% dos casos notificados no município de Itajaí, com uma razão de sexo de 1,0 homem para cada mulher no ano de 2002. Esta mudança de perfil epidemiológico da AIDS, acometendo mulheres em idade fértil, trouxe um novo componente ao quadro: a transmissão vertical, que representa a principal via de contaminação da população infantil (ITAJAÍ, 2005).

No período de 2000 a 2004 o serviço de ginecologia do Programa Municipal de DST/AIDS atendeu 168 gestantes, destas 12% estavam na faixa etária de 13 a 19 anos (ITAJAI, 2005). Fato este preocupante, uma vez que agrega duas condições de risco para a saúde da mulher, a primeira o fato de ser gestante adolescente, a segunda se apresenta portadora do vírus HIV.

2.2 HIV e gestação

2.2.1 Transmissão vertical

A transmissão vertical do HIV é um problema mundial, estima-se que 1.600 crianças nasçam infectadas pelo HIV a cada dia no mundo. Esta transmissão pode acontecer durante a gravidez (intra-útero), na amamentação e no parto, sendo este último responsável por 75% da transmissibilidade. Na ausência de medidas preventivas, o risco de transmissão é de aproximadamente 15 a 20% na Europa, 15 a 30% nos Estados Unidos e 25 a 33% na África. A magnitude do problema é perceptível quando se estima que 2,3 milhões de crianças são expostas perinatalmente ao HIV a cada ano no mundo (WHO/UNAIDS, 2002).

Anualmente três milhões de mulheres dão à luz no Brasil, segundo estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do Brasil. A taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa de cerca de 12.644 parturientes infectadas. (SOUZA et al., 2004).

Diante desta situação epidemiológica e da existência de esquema profilático altamente eficaz contra a transmissão materno infantil do HIV (transmissão vertical), torna-se de grande importância o conhecimento, o mais precocemente possível, do estado sorológico das gestantes a fim de iniciar a terapêutica da doença e/ou profilaxia adequada da transmissão vertical do vírus (SOUZA et al., 2004).

Assim, o Ministério da Saúde vem investindo maciçamente no incentivo à testagem anti HIV no pré natal, sendo que a implantação desta prática em meio à população feminina, durante a gestação, abre um leque de vantagens, dentre as quais destacam-se:

- diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, com possibilidade de início de tratamento, se for o caso, o que favorece o prognóstico da doença a curto, médio e longo prazo, além do corte da cadeia de transmissão, com as medidas preventivas adequadas.

- diagnóstico da infecção em consulta ambulatorial, multiprofissional, onde a mulher é adequadamente aconselhada, orientada e tem tempo de pensar sobre sua nova realidade.

- possibilidade de iniciar o protocolo de profilaxia da transmissão vertical o mais precocemente possível, garantindo os melhores resultados para a criança. É importante ressaltar, que os serviços públicos estão disponibilizando testes anti HIV e os medicamentos necessários para a profilaxia da transmissão do vírus para a criança (SOUZA et al, 2004).

Desde 2000, a notificação de casos de gestantes HIV+ e crianças expostas é obrigatória a médicos e outros profissionais da saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde, em conformidade com a lei e recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1975; 2006).

Com a utilização das medidas preconizadas no pré-natal, as taxas de transmissão vertical por HIV vêm caindo significativamente em países desenvolvidos da Europa, cujas taxas são menores que 10% e nos Estados Unidos ocorre em 2% dos casos (STEFANI et al., 2004).

No que se refere à amamentação sabe-se que está associada à transmissibilidade viral do HIV em 30 a 50% dos casos, razão pela qual as mulheres infectadas são orientadas a substituírem o leite materno por fórmula infantil tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Entretanto, esta situação é muito mais complexa nos países africanos, onde cultural e economicamente ocorrem dificuldades em adotar a alimentação artificial, estudos detectaram um aumento na mortalidade infantil em alguns países da África onde se implantou a alimentação artificial (WHO/UNAIDS, 2006).

A gravidez tem uma complexidade psicológica e imunológica que parece não intervir ou acelerar o curso da infecção do HIV. A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores, dentre os quais destacam-se: (BRASIL, 2004a).

- a) fatores virais, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo vital;
- b) fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST e outras co-infecções e o estado nutricional da mulher, tempo de uso de anti-retrovirais na gestação;
- c) fatores comportamentais como o uso de drogas e prática sexual desprotegida;
- d) fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto;
- e) fatores inerentes ao recém nascido, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer;
- f) fatores relacionados ao aleitamento materno.

Hoje se reconhece que a carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas são os principais fatores ligados à transmissão. A contaminação e conseqüente seroconversão, no período gestacional é muito importante e grave para a ocorrência da transmissão vertical para o bebê (BURCHETT, et al., 1996).

A presença de carga viral nas secreções cérvico vaginais e no leite materno tem se mostrado importante determinante de risco de transmissão. Desta forma, procedimentos invasivos, presença de Doença Sexualmente Transmissível (DST) durante a gestação e o parto pré termo estão associados ao aumento da transmissão vertical do HIV (MANDELBROT et

al., 1996). Acrescenta-se que a redução da prematuridade, da progressão da doença clínica (AIDS) e da carga viral materna pode ajudar a reduzir a transmissão (FAWZI et al., 2001)

Outro fator fundamental para redução da transmissão vertical é a escolha da via de parto. Verificou-se em estudo de metanálise com 15 coortes randomizadas e prospectivas, a queda de 30% para 8,2% na taxa de transmissão vertical, quando a cesareana eletiva era realizada em pacientes não tratadas com o AZT, comparativamente as cesareanas de emergência ou partos vaginais. Quando o AZT, conforme o protocolo *Aids Clinical Trial Group 076* (ACTG 076), era associado ao parto cirúrgico a taxa de transmissão reduziu para 2% (READ, 1999).

O protocolo do ACTG 076 estabelece o uso pelas gestantes do medicamento zidovudina oral (AZT) a partir de 14 semanas da gestação até a resolução do parto (600 mg/dia), passando para via endovenosa na hora do parto (2 mg/kg na primeira hora e após 1 mg/kg até o parto, ou clampeamento do cordão) e 2 mg/kg a cada 6 horas via oral para o recém nascido por seis semanas (BRASIL, 2007c).

No período de abril de 1991 a dezembro de 1993, 477 gestantes HIV positivas com CD4 menor que 200 células e sem uso prévio de AZT, participaram de um estudo randomizado, duplo cego, placebo controlado, onde um grupo recebia o esquema do protocolo e outro não. Os grupos mostraram taxas de transmissão vertical de 8,3% e 25,5% respectivamente, mostrando uma diminuição de 67% da taxa de transmissão com o uso de zidovudina (CONNOR, et al., 1994).

A redução da transmissão com o uso de AZT é parcialmente explicada pela redução da carga viral plasmática. O tratamento materno com AZT é recomendado para prevenir a transmissão independente da carga viral ou níveis de CD4 maternos (SPEELING et al., 1996). Acrescenta-se que vários estudos confirmaram a eficácia da zidovudina na redução da transmissão vertical do HIV, inclusive em mulheres com doença avançada (MOFENSON, 2002).

Está amplamente comprovado que o uso de terapia antiretroviral (TARV) combinada é capaz de reduzir significativamente a carga viral plasmática do HIV para níveis indetectáveis. Dados de estudos epidemiológicos e de ensaios clínicos sugerem que mulheres que recebem TARV combinada potente apresentam taxas muito baixas de transmissão (BRASIL, 2004a,c).

A carga viral elevada associada à longa duração de monoterapia tem sido associada à maior ocorrência de mutações que conferem resistência à zidovudina (mutações 52 e 59). No protocolo 076 do Pediatrics Aids Clinical Trial Group, o desenvolvimento de resistência viral

à zidovudina foi observada em aproximadamente 2,7% das pacientes que fizeram uso em monoterapia (BRASIL, 2004a,c).

Em comparação com outros antiretrovirais, a resistência à zidovudina se desenvolve lentamente, principalmente quando associada a elevada carga viral. Ela não foi verificada em mulheres que fizeram uso de esquemas encurtados dessas drogas para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Apesar da comprovada eficácia do medicamento nevirapina (NVP) na redução da transmissão vertical, foi evidenciado o desenvolvimento de mutações associadas à resistência viral aos inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos com o uso dessa droga, em estudos que avaliaram sua utilização como monoterapia em adultos e na prevenção da transmissão vertical em mulheres e recém nascidos (BRASIL, 2004a,c).

Em estudo realizado na África, denominado HIVNET 012, as mutações ocorreram em 21 de 111 mães, 11 das 24 crianças que adquiriram a infecção, incluindo uma criança infectada após os 6 meses de idade. No estudo PACTG 316, a nevirapina foi administrada no início do trabalho de parto em adição ao esquema anti-retroviral utilizado pela gestante (mono, duplo ou triplo), não mostrando benefício em termos de redução da transmissão vertical. Além disso, verificou-se a emergência de mutações associadas à resistência aos inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos em 11% das mães com viremia detectável (> 400 cópias/ml) (BRASIL, 2004a,c).

2.2.2 Testagem das gestantes

O Ministério da Saúde do Brasil definiu através de Portaria Ministerial (BRASIL, 2001) a testagem anti-HIV para todas as gestantes, mediante aconselhamento e consentimento, uma vez que o diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita melhores resultados com relação ao controle da infecção materna e, conseqüentemente melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical (BRASIL, 2007c).

Por este motivo o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes, independente de situações de risco para o HIV, tão logo se inicie o pré-natal. É importante ainda, garantir que a testagem seja confidencial e voluntária, mediante aconselhamento prévio.

O aconselhamento consiste em um processo de escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa, possibilitando uma relação de confiança entre profissional de saúde e

cliente. A qualidade desta relação permitirá ao profissional de saúde estimar a possibilidade de haver, ou ter havido, para a mulher ou seu parceiro, situações de risco para o HIV e outras DST (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007; BRASIL, 2007b).

Para a mulher, esta relação possibilitará a percepção de exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras DST no presente, ou em épocas passadas, preparando-a para receber um diagnóstico de HIV ou para adoção de práticas seguras. Ainda nos dias atuais, a maioria dos profissionais de saúde enfrenta dificuldades de abordar questões relativas à sexualidade, HIV/AIDS/DST, saúde reprodutiva e uso de drogas. Isso traz como consequência dificuldades no acolhimento às necessidades específicas da mulher na circunstância do pré natal, parto e puerpério (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007).

No contexto dos serviços de pré-natal e maternidades, estas ações devem ser estruturadas enquanto um conjunto de intervenções da equipe, adequando as possibilidades reais de cada serviço. A capacitação dos recursos humanos é fundamental para assegurar a qualidade da atenção às mulheres gestantes.

O processo de aconselhamento poderá ser facilitado com a instituição de palestras para as gestantes e seus parceiros, na rotina de serviço de pré natal, otimizando o espaço entre a espera e a consulta. Dentre os temas pertinentes a saúde da gestante e do bebê estarão contidas informações relativas à transmissão vertical do HIV e sífilis e de outras DST. Esta prática educativa/informativa fará da abordagem deste tema, que para muitos ainda é complicado, uma atividade natural e rotineira. No entanto, evitando a banalidade como ocorreu com a realização do VDRL, que nos dias atuais, boa parte dos profissionais não valoriza os resultados com baixa titulação, levando ao aumento de casos de sífilis congênita (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007; BRASIL, 2007b).

Durante o aconselhamento poderão ser abordados temas como: agentes etiológicos e mecanismos de transmissão, conceitos de comportamentos de risco e populações de risco acrescido, significado da exposição ao risco atual e pregressa ao HIV, sífilis e outras DST, diferença entre ser portador de HIV e AIDS, mecanismos de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da infecção materna e ações voltadas para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Esta atividade educativa tem a finalidade de facilitar a etapa posterior para a gestante e para o profissional de saúde no momento do pré e pós aconselhamento, promovendo o envolvimento interdisciplinar nos serviços de pré natal e parto.

No momento individualizado, ou seja, no aconselhamento pré-teste anti HIV propriamente dito, o profissional deverá avaliar os conhecimentos assimilados pela gestante (e seu parceiro) sobre HIV e outras DST, explicar o que é o teste anti HIV, o significado de um resultado negativo, positivo e indeterminado, os benefícios de um diagnóstico precoce para o controle da infecção materna e prevenção para o bebê.

O aconselhamento não se propõe apenas em ofertar o teste anti HIV, mas se propõe a rever crenças, representações, condição de vulnerabilidade, aproximar a mulher do serviço de saúde promovendo a construção de alternativas individuais e coletivas de proteção e cuidado.

Na ocasião do pós-teste o profissional deverá reforçar e discutir com a gestante/parturiente/puérpera o resultado de seu teste. Se não reagente (NR), reforçar a importância da prevenção e observar a janela imunológica, se reagente (R), garantir o apoio psicológico e adoção das medidas profiláticas no momento certo. Durante todo este processo o profissional deverá avaliar as condições emocionais e a capacidade de entendimento da mulher, utilizando linguagem simples e clara para garantir a compreensão das informações, abordando-as com isenção de julgamentos, evitando atitudes coercitivas (não impondo decisões) e informando a confidencialidade/sigilo das informações compartilhadas (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007).

O resultado negativo pode significar que a mulher não está infectada pelo HIV, ou que foi infectada recentemente e não apresenta anticorpos circulantes até o momento da realização do teste. Neste caso, as informações colhidas no aconselhamento são muito importantes para direcionar a possibilidade da mulher se encontrar em janela imunológica. Sendo esta suspeita confirmada, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando a mulher e seu parceiro quanto ao uso de preservativos durante este período para não haver nova exposição. O profissional de saúde deve se colocar à disposição da gestante para qualquer necessidade de outra conversa ou obter mais informações, é fundamental reforçar a informação de que teste negativo não significa prevenção nem imunidade, e, informar que a cada nova gestação deverá realizar novo teste anti HIV (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007).

O resultado indeterminado pode significar um falso positivo ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente, cujos anticorpos ainda não estão em quantidade suficientes no sangue periférico. Nesta situação o teste deverá ser repetido, e o apoio

psicológico oferecido a paciente sempre que necessário (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007).

Diante de resultado positivo o profissional de saúde, atento para as reações aparentes e sutis da mulher, deverá permitir o tempo que for necessário para que o impacto do diagnóstico seja assimilado e seus sentimentos sejam expressos. É importante reforçar que estar infectada pelo vírus HIV não significar ser portadora de Aids, que existem possibilidades de controlar a sua infecção e reduzir muito a possibilidade da transmissão para o bebê. Mais uma vez é importante lembrar o caráter confidencial do teste, devendo o profissional de saúde, com relação a esta questão, permitir o tempo necessário para que a mulher, e somente ela, sinalize o momento e a pessoa com a qual deverá compartilhar este diagnóstico. No momento oportuno o profissional de saúde deverá detalhar sobre as ações de controle da sua infecção e as relativas a prevenção da transmissão vertical do HIV (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007).

Em relação às gestantes que não foram testadas durante a gravidez, em 2002, a Portaria Federal n. 2104/2002 (BRASIL, 2002), instituiu o projeto Nascer Maternidades, que preconiza “estabelecer mediante a testagem para o HIV no período pré-parto, parto imediato, com o consentimento informado da gestante após o aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal. O teste realizado deve ser o “teste rápido”

Teste rápido para detecção de anticorpos anti HIV são testes de triagem que produzem resultados em no máximo 30 minutos. Geralmente apresentam metodologia simples, utilizando antígenos virais fixados em um suporte sólido (membranas de celulose ou nylon, látex, micropartículas ou cartelas plásticas) e são acondicionados em embalagens individualizadas, permitindo a testagem individual das amostras (BRASIL, 2006, BRASIL 2007a,c).

Deverão ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados e o sistema submetido a controle de qualidade, como é feito nos laboratórios que realizam sorologia convencional e apresentam sensibilidade e especificidade similares ao ELISA.

O armazenamento da maior parte dos “kits” pode ser feito em temperatura de 2 a 30 C, exceto se o fabricante apontar condição diferente para tal (BRASIL, 2007a,c).

As indicações prioritárias para a realização do teste rápido são prevenção da transmissão vertical do HIV para parturientes e puérperas não testadas anteriormente ou

sem o resultado do teste convencional que realizou previamente, e, em situações de acidente ocupacional (VASCONCELOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2007).

A confirmação do diagnóstico deve obedecer o fluxo preconizado pela Portaria Ministerial n. 59/2003. Esta Portaria está sendo reavaliada, em virtude da alteração quanto à idade para aplicação do diagnóstico usando anticorpos anti-HIV que passa a considerar a idade acima de 18 meses e não mais de 2 anos (BRASIL, 2003).

A Portaria Federal n. 34/2005 regulamenta o uso de testes rápidos e valida em todo o território nacional como teste diagnóstico definitivo, desde que sejam utilizados dois testes com metodologias diferentes. Mantendo a confirmação do diagnóstico através de teste de imunofluorescência indireta ou Western Blot (BRASIL, 2005b).

Com estas medidas, o governo federal em grande articulação com estados e principalmente com os municípios, pretende garantir uma cobertura da testagem anti HIV próxima de 100%, bem como tratamento profilático para todas as gestantes e seus bebês.

2.3 Terapia antiretroviral na gestação, segundo o Consenso Terapêutico do Ministério da Saúde - 2007

A partir de 1996 se iniciou no Brasil o uso profilático do AZT durante a gestação, no momento do parto e para o recém nascido. Dados de alguns estudos indicam que a Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC) e Nevirapina (NVP) apresentam excelente passagem transplacentária, a Didanosina (ddI) também atravessa a placenta, porém, em menor grau. Foi verificado também que os inibidores da protease alcançam baixos níveis de concentração no cordão umbilical, e a exposição fetal às drogas está influenciada por diversos fatores, como concentração plasmática materna, cinética de transferência transplacentária e o metabolismo fetal e placentário. Alguns preceitos básicos devem ser considerados ao se iniciar a TARV na gestação, segundo o consenso terapêutico brasileiro (BRASIL, 2007c):

1. o principal objetivo é reduzir a transmissão vertical. A orientação de tratamento e não apenas profilaxia irá depender de critérios clínicos e laboratoriais.
2. a zidovudina (AZT), sempre que possível, deverá fazer parte de qualquer esquema terapêutico.
3. o uso da profilaxia deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação e continuar durante o trabalho de parto e parto até o clampeamento do cordão umbilical.

4. a combinação didanosina (ddI) e estavudina (d4T) não deve ser utilizada na gestação(estudos demonstraram acidose láctica em grávidas com este esquema terapêutico)

5. quando a oportunidade de profilaxia com antiretroviral foi perdida, ela deve ser iniciada a qualquer momento da gestação, inclusive no trabalho de parto.

6. sempre que possível, coletar sangue da gestante antes de iniciar o AZT, a fim de realizar contagem de linfócitos CD4 e quantificar a Carga Viral do HIV, e possibilitar a avaliação do esquema terapêutico e a necessidade de administração de quimioprofilaxia para infecções oportunistas.

7. estabelecer acompanhamento conjunto obstetra e infectologista/clínico capacitados no manejo de pacientes infectados pelo HIV.

8. mulheres que já vinham recebendo ARV previamente à gestação devem ser informadas sobre potenciais benéfico/riscos da manutenção do tratamento. Devem ser considerados possíveis efeitos colaterais sobre a criança. As condutas devem ser decididas em conjunto com médicos obstetra/clínico/infectologista e a gestante.

9. no intuito de diminuir o risco de desenvolvimento de resistência viral quando a mulher apresenta carga viral elevada, recomenda-se esquema terapêutico com 3 drogas(carga viral maior que 10.000 cópias/ml).

10. outros aspectos como tolerabilidade e adesão aos anti-retrovirais deverão ser discutidos e esclarecidos com a gestante antes de iniciar a terapia e durante todo o pré natal.

11. devido ao seu potencial teratogenico,efavirenz e hidroxiuréia, estão proscritos para uso na gestação.

12. nevirapina só pode ser utilizada em terapia tripla, pois em monoterapia implica em desenvolvimento de resistência viral em proporção significativa dos pacientes expostos.

2.4 Critérios para seleção do esquema antiretroviral segundo o Consenso Terapêutico do Ministério da Saúde - 2007 (BRASIL, 2007c)

Cabe relatar um estudo prospectivo realizado em Campo Grande (MS) que evidenciou 80% das gestantes que usaram o esquema do protocolo 076, com 100% de adesão: 62% usaram zidovudina associada a outro antiretroviral; 92% das crianças usaram zidovudina após o nascimento e 19% usaram zidovudina com lamivudina. A taxa de transmissão vertical do estudo foi de 2,5% (DAL FABRO, et al., 2005). Na experiência da Escola Paulista de Medicina não houve nenhum caso de infecção pelo HIV em grupo de 111 crianças expostas, cujas mães receberam terapia tripla (SUCCI, 2002).

O Quadro 1 apresenta os critérios para seleção do esquema de utilização dos antiretrovirais.

	Descrição	Recomendação
Cenário 1	gestante com idade gestacional inferior a 14 semanas e assintomática	Não tratar
Cenário 2a	gestante com idade gestacional entre 14 e 27 semanas assintomática, CD4 maior que 350 células e carga viral inferior a 10.000 cópias/ml	AZT 300 mg a cada 12 horas.
Cenário 2b	gestante com idade gestacional entre 14 e 27 semanas, assintomática, CD4 maior que 350 células e Carga Viral maior que 10.000 cópias/ml – esquema preferencialmente triplo	AZT + 3TC+ ou NVP ou LPV/r)
Cenário 3a	gestante com idade gestacional maior que 28 semanas, assintomática, CD4 maior que 350 células e Carga Viral inferior a 1000 cópias/ml –AZT oral 300mg a cada 12 horas.	AZT oral 300mg a cada 12 horas.
Cenário 3 b	gestante com idade gestacional maior que 28 semanas, assintomática, CD4 maior que 350 células e Carga Viral acima de 1000 cópias/ml- esquema preferencialmente triplo.	AZT + 3TC+ ou NVP ou LPV/r
Cenário 4	gestante com idade gestacional maior que 28 semanas, assintomática, CD4 maior que 350 células e Carga Viral acima de 1000 cópias/ml- esquema preferencialmente triplo(AZT + 3TC+ ou NVP ou LPV/r).	AZT+ 3TC+ ou NVP ou LPV/r)
Cenário 5	gestante em uso de TARV, independente da idade gestacional, manter o tratamento.	Cuidar com drogas teratogênicas e se não tiver AZT no esquema terapêutico, incluir no momento do parto (injetável).

Quadro 1. Critérios para seleção do esquema Antiretroviral segundo o Consenso Terapêutico do Ministério da Saúde - 2007 (BRASIL, 2007).

2.5 Manejo de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV

As crianças nascidas de mães infectadas pelo vírus HIV deverão ser atendidas, preferencialmente, em unidades especializadas, pelo menos, até a definição de seu diagnóstico. Aquelas que não foram infectadas poderão ser encaminhadas para as Unidades Básicas de Saúde. Os cuidados com o recém nascido mais importantes que precisam ser adotados são:

- Imediatamente após o parto, lavar o recém nascido com água e sabão;
- Aspirar delicadamente, se necessário, as vias aéreas do recém nascido, evitando traumatismo de mucosas;
- Devido à possibilidade de ocorrência de anemia no recém nascido em uso de zidovudina, recomenda-se a realização de hemograma completo da criança no início do tratamento e após 6 e 12 semanas;
- Assegurar que, ao ter alta da maternidade, o recém nascido tenha consulta agendada em serviço de referência;
- O aleitamento materno é contra- indicado na criança filha de mãe infectada pelo HIV. Conseqüentemente, deverá ser assegurado o fornecimento de fórmula infantil no mínimo por 12 meses.

Os recém nascidos de mulheres infectadas pelo HIV devem receber solução oral de zidovudina, mesmo que suas mães não tenham recebido medicamento antiretrovirais durante a gestação ou parto. A quimioprofilaxia deve ser administrada, de preferência, nas primeiras duas horas de vida, ou nas primeiras oito horas de vida (CONNOR et al, 1994). Não há estudos que comprovem benefício do início da profilaxia com a zidovudina após 48 horas do nascimento (WADE et al, 1998). A indicação da medicação após esse período fica a critério médico. A administração da solução oral de AZT deverá ser mantida durante seis primeiras semanas de vida. (BRASIL, 2006b)

O acompanhamento clínico e laboratorial dessa criança deve ser mensal nos primeiros 6 meses e, no mínimo, trimestral a partir do segundo semestre de vida. Além da avaliação do peso, estatura e os perímetros, em especial o encefálico. A avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, nos primeiros meses de vida, apresentar dificuldades de ganho de peso.

No que concerne ao acompanhamento durante os dois primeiros anos de vida, é importante destacar que crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV também podem ter mais risco de exposição a agentes infecciosos durante o período intra uterino e perinatal. Entre eles

destacam-se *Treponema pallidum*, vírus das Hepatites B e C, vírus HTLV-1, vírus do Herpes Simples, *Toxoplasma gondii*, Citomegalovirus e *Mycobacterium tuberculosis*. Nesse sentido, a indicação de métodos diagnósticos específicos para tais agentes deve ser analisada em conjunto com os dados da história e epidemiológicos, que envolve o núcleo familiar, sobretudo aqueles referentes a mãe biológica. Deve ser realizado contagem de Carga viral do HIV no segundo e quarto mês de vida. Se este último for positivo realizar outra contagem logo após. No décimo oitavo mês de ser realizado teste Elisa anti HIV. Se este for não reagente, a criança exposta não se contaminou e deve manter seu acompanhamento como qualquer outra criança. Se este for reagente, deve seguir seu acompanhamento em serviço especializado para crianças positivas para o HIV. (BRASIL, 2006b)

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo /Local do Estudo

Trata-se de um estudo seccional, de prevalência seletiva, uma vez que foram estudadas gestantes HIV positivo, consideradas elegíveis para o estudo, e verificada a prevalência da transmissão vertical nos seus recém-nascidos (MEDRONHO, 2006).

Foi realizado no município de Itajaí/SC. Itajaí possui 168.088 habitantes, sendo que 95% habitam na zona urbana (IBGE, 2006). Está localizado no Estado de Santa Catarina, na Região Sul do Brasil. O município, obedecendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, adotou o modelo assistencial focado na estratégia da saúde da família, distribuindo suas Unidades de Saúde de forma descentralizada e hierarquizada. A regionalização foi definida após intensa discussão entre os técnicos da secretaria de saúde e poder público municipal, o que garante a legitimidade do processo de organização do sistema de saúde do município.

Os serviços de saúde de atenção básica foram distribuídos em cinco regiões administrativas, quais são:

Região I – compreende as unidades de saúde: Dom Bosco, Distrito Docente Assistencial, Fazenda e Praia Brava.

Região II - compreende as unidades de saúde: Bambuzal, Rio Bonito, São Vicente e São João.

Região III - compreende as unidades de saúde: Brilhante, Itaipava, Limoeiro, Pro Morar e Cidade Nova .

Região IV – compreende as unidades de saúde: Cordeiros, Costa Cavalcante, Jardim Esperança e Votorantim.

Região V - compreende as unidades de saúde: Espinheiros, Imaruí, Murta e Salseiros.

A maioria das unidades especializadas de referência localizam-se no centro da cidade, com exceção da policlínica de São Judas, que está localizada no bairro do mesmo nome, são elas: ambulatório de especialidades, laboratório municipal, centro de diagnose por imagem.

Os pacientes portadores de transtornos mentais ou usuários de drogas são atendidos em três unidades especializadas denominado de Centro de Atenção Psico-social (CAPS), contando com três unidades, uma para adultos, para crianças e adolescentes e usuários de drogas. O Centro Especializado de Referência em Doenças Infecciosas (CEREDI), atende às

peessoas portadoras de HIV/ AIDS e co-morbidades como Tuberculose e Hepatites Virais; o Centro de Diagnose Municipal (CODIM), é referência para Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais, Centro de Testagem e Aconselhamento, Programas de Prevenção as DST/Aids e Farmácia Central. Podemos citar ainda o centro de especialidades odontológicas e o centro de medicina integrativa. Nesta região também estão os dois hospitais do município, um geral e outro pediátrico. O Pronto Atendimento Municipal se localiza no bairro São Vicente.

Como o modelo assistencial do município está centrado na estratégia de saúde da família, atualmente o município conta com 24 equipes multidisciplinares, que, dentre outras atribuições, assiste às mulheres no período gestacional, em treze Unidades de Saúde que, além de médicos generalistas (que atuam no Programa de Saúde da Família), também possuem médicos ginecologistas realizando pré natal. Todas as equipes da saúde da família, médicos e enfermeiros, são capacitados sistematicamente em aconselhamento e prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis.

Em relação à estrutura física, observamos que a maioria das Unidades de Saúde encontra-se em boas condições tanto de área física quanto de equipamentos e insumos de prevenção (materiais para educação em saúde e preservativos). O Centro de Testagem e Aconselhamento é a unidade responsável pela realização do aconselhamento pré e pós teste para exames anti HIV de toda a rede de serviços do SUS e rede privada, incluindo população geral e gestantes.

Desde a determinação Ministerial regulamentada pela Portaria n. 2009/1996, todas as gestantes devem ser testadas para o vírus HIV (BRASIL, 1996). No início, as gestantes eram encaminhadas para realizar o exame das Unidades de Saúde para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde ocorria o processo de aconselhamento. Como inúmeras gestantes tinham dificuldades no deslocamento do bairro até o centro, onde se localiza o CTA, a partir do ano de 2004 a testagem das gestantes e seus parceiros foi descentralizada. Foram realizados vários treinamentos com equipes de PSF (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem) e ginecologistas, para que fosse realizado aconselhamento de acordo com as orientações e determinações do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde de Itajaí (Programa Municipal DST/AIDS) (ITAJAÍ, 2007a).

Os resultados dos exames são entregues nas Unidades onde foram realizados os aconselhamentos, os resultados reagentes vem imediatamente para a coordenação do programa municipal DST/AIDS, que envia para o enfermeiro/médico da unidade onde a

gestante foi atendida. O objetivo deste fluxo é diminuir o tempo entre a realização do exame e entrega do resultado para a paciente, e portanto, o início da profilaxia da transmissão vertical do HIV. As gestantes HIV+ são encaminhadas, se assim o desejarem, para o serviço de referência em ginecologia/obstetrícia para portadoras do vírus HIV/AIDS. Caso queiram manter o atendimento pelo médico da Unidade de Saúde no seu bairro, ali permanecem com o apoio do nível secundário especializado.

3.2 População do estudo

A população do estudo foi compreendida por 168 gestantes cujas fichas de notificação de gestante HIV+ e criança exposta foram cadastradas no sistema de informação do município, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. A amostra foi constituída de 158 gestantes e 160 recém-nascidos, 2 provenientes de parto gemelar. Foram excluídos cinco casos de abortamento e cinco casos de gestantes que residiam em outros municípios.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que é alimentado pelos setores de Vigilância em Saúde das Secretarias Municipais de Saúde, estas, enviam periodicamente os dados processados para as Secretarias Estaduais, que por sua vez, enviam os dados para o Ministério da Saúde.

O SINAN - contém informações sobre todos os agravos de notificação compulsória no Brasil, com o objetivo de fornecer dados para caracterizar o perfil de morbidade vigente. No caso particular da AIDS, as informações que alimentam o SINAN são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de caso de AIDS adotada no País. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica temporal da epidemia de AIDS, assim como para subsidiar as ações de vigilância, prevenção e controle da doença no Brasil. Embora apresente problemas de atraso na notificação dos casos após o diagnóstico, o sistema tem sido bem monitorado desde o início da epidemia e contém informações de 1980 até o presente. Também é fonte de dados disponível para se conhecer aspectos importantes da transmissão materno-infantil.

Foram coletados dos bancos de dados os campos correspondentes aos objetivos da

pesquisa segundo a ficha de notificação de gestante HIV + e crianças expostas. E também fizeram parte do estudo os prontuários das mães e das crianças expostas do serviço de referência do município. Os prontuários foram analisados para melhor esclarecer os casos de transmissão do vírus HIV, ou quando os dados de interesse para o estudo não estavam digitados no sistema. Na análise dos prontuários das seis mães em que houve a transmissão vertical foram avaliados os seguintes aspectos: realizou ou não pré natal, intercorrências clínicas na gestação, uso de medicação anti retroviral na gestação e/ou parto, tipo de parto, carga viral da mãe, amamentação ou não e situação sócio-econômica da gestante.

3.4 Variáveis do estudo

3.4.1 Sócio-demográficas

Idade, escolaridade, raça/cor

3.4.2 Assistência Pré-Natal

Idade gestacional de 1ª consulta, número de consultas pré-natais, evolução da gravidez, período da realização do exame anti HIV, início do uso de anti-retroviral na gestação.

3.4.3 Dados do Parto

Tempo de ruptura das membranas (horas), idade gestacional no momento do parto, uso de anti-retroviral durante o parto.

3.4.4 Variáveis do recém-nascido

Sexo, início da profilaxia com antiretroviral na criança (horas). aleitamento cruzado, tempo de uso de profilaxia com antiretroviral oral (semanas), utilização de outro antiretroviral, resultado da sorologia realizada no recém-nascido, e encerramento do caso.

3.5 Análise dos dados

Os dados do SINAM foram transportados para planilhas eletrônicas do Excell e posteriormente para o Software SPAD.5, para a execução da análise multivariada de correspondência múltipla. Esta análise é útil para estudos que tenham como objetivo

descrever de forma simultânea mais de duas variáveis,, uma vez que estes métodos permitem confrontar inúmeras variáveis, extraindo tendências, hierarquizando e eliminando efeitos marginais ou pontuais que prejudicam a percepção global (MACEDO, 2001)

A análise de correspondência múltipla consiste na análise de proximidade geométrica em medidas de distância a partir do quiquadrado. Deve ser utilizada quando se quer examinar as relações entre as variáveis categóricas nominais (PEREIRA,1999). Neste caso, foram analisadas as relações das variáveis que estiveram associadas à transmissão vertical do HIV.

Posteriormente os dados foram transportados para o software EPIINFO 6.0 para a tabulação das frequências absolutas e relativas de todas as variáveis do estudo.

3.6 Aspectos éticos

Foram observados todos os requisitos da Resolução do CNS 196/96 e suas complementares. Respeitando o sigilo e o anonimato dos dados, assim como a sua utilização exclusivamente para os fins previstos no protocolo.

O projeto foi cadastrado no SISNEP e foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, onde obteve a aprovação sob o número 557/06 de 08 de dezembro de 2006.

O início da coleta dos dados ocorreu após a aprovação da secretaria municipal de saúde de Itajaí.

3.6.1 Devolutiva dos resultados

Para o município: ao final do estudo será encaminhado à Secretaria de Saúde do Município de Itajaí um relatório completo contendo os resultados, bem como sugestões adicionais de medidas de aprimoramento dos serviços prestados às mulheres portadoras do HIV/AIDS no ciclo grávido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constata-se que a prevalência de transmissão vertical do HIV sofreu oscilações no período estudado. No período de 2000 a 2002 não houve nenhum caso notificado de transmissão vertical, a partir de 2003 a prevalência apresentou flutuações de 5,4% (2003); 4,3% (2004) e 7,1% (2005). Este aumento, provavelmente, se deve ao maior número de notificações realizadas, em função da melhoria dos serviços de atenção à gestante HIV+ e ao RN no que se refere ao diagnóstico da doença e seguimento do binômio no período gestacional e neonatal. No entanto, não se pode deixar de enfatizar os preocupantes resultados de 2003 e principalmente de 2005 que atingiu 7,1%.

Em Massachusetts, nos Estados Unidos, a testagem anônima em recém nascidos revelou uma taxa de positividade global de 2,0 a 2,5 para 1.000 crianças recém nascidas. Em grandes regiões metropolitanas dos Estados Unidos a soropositividade está entre 6% a 8%. No período estudado, janeiro de 2000 a dezembro de 2005, ocorreram 15.179 nascidos vivos (ITAJAÍ, 2007b). Tendo em vista que o Sistema de Informações de Pré-natal (SISPRENATAL) iniciou apenas em 2002, e tem em seu banco gestantes atendidas pelas unidades de saúde pública, conseqüentemente, não disponibilizando informações de gestantes assistidas pelo setor privado, optamos em trabalhar com o número de crianças registradas no sistema de informação (SINASC), pois este contempla cem por cento dos recém nascidos de um município. Foram excluídas todas as gestações duplas e triplas para que pudéssemos obter o número de gestantes mais próximo possível da realidade. O número estimado de gestantes foi de 14.978. Neste período encontramos 158 gestantes positivas para o HIV residentes em Itajaí.

Desta forma, verificou-se uma prevalência do vírus HIV nas mulheres grávidas foi em média 1,18% . Em outras partes do mundo, como a África Central e Oriental, 5% a 40% das mulheres são positivas para o HIV (BURCHETT, 2000). Estudo brasileiro mostra que 1,41% das gestantes são positivas para o HIV (STEFANI et al., 2004).

O Tabela 1 apresenta a distribuição do numero total de gestantes, gestantes HIV, recém nascido HIV+, taxa de transmissão vertical e prevalência de gestantes HIV no período de 200-2005, no município de Itajaí (SC).

Tabela 1. Distribuição do número total de gestantes, gestantes HIV, recém nascido HIV+, taxa de transmissão vertical e prevalência de gestantes HIV no período de 2000 a 2005.

Ano	Nº total de gestantes*	Nº total gestantes HIV +	RN com HIV+	Prevalência transmissão vertical (%)	Prevalência HIV gestantes (%)
2000	2734	05	00	00	0,18
2001	2497	19	00	00	0,76
2002	2506	25	00	00	0,99
2003	2349	37	02	5,4	1,57
2004	2432	46	02	4,3	1,89
2005	2459	28	02	7,1	1,13
Total	14978	158	06	2,8	1,05

*número estimado de gestantes

Fonte: SINASC e SINAM, 2000 a 2005. Itajaí/SC.

No que se refere aos dados demográficos das gestantes portadoras do vírus HIV do Município de Itajaí (Tabela 2), observamos que 77,8% são da raça branca, com escolaridade predominante no ensino fundamental (59,4%) e na faixa etária de 20 a 34 anos (81,0%). Chama a atenção o número de gestantes adolescentes (10,8 %). Stefani et al. (2004) encontraram resultados semelhantes em estudo realizado em Caxias do Sul. Vivemos hoje numa época em que a erotização nos meios de comunicação é um estímulo aos jovens, principalmente aos adolescentes, para uma sexualidade sem compromisso. A queda do tabu da virgindade e do sexo restrito ao casamento possibilitou o surgimento de novas formas de relacionamento entre os sexos, nas quais as trocas de carinho se dão de maneira menos comprometida. O “ficar” como nova modalidade de experiência erótica entre os sexos, em nosso meio, é típico do momento atual. Possibilita uma sexualidade mais livre e desvinculada de uma gravidez indesejada. Com o surgimento da AIDS, o risco de contaminação e morte leva a prevenção ao domínio da saúde pública e nunca antes a sexualidade e sua prevenção estiveram tão presentes na mídia como na última década (NASCIMENTO, 2002). O paradoxal é que a taxa de natalidade decresce em mulheres adultas, mas segundo o Ministério da Saúde do Brasil há um crescimento da gravidez ocorrida na adolescência. Na Bahia, 25% dos partos realizados são de jovens com menos de 19 anos (NASCIMENTO, 2002). Estudo realizado pelo CDC nos Estados Unidos, em 28 estados, estima que uma em cada mil pessoas com idade entre 18 e 24 anos é portadora do vírus HIV. Um terço das jovens mulheres americanas tem no mínimo uma gravidez antes dos 20 anos, não é incomum gravidez entre as

adolescentes HIV+. Observou-se que há maior prevalência do vírus HIV e gravidez entre as adolescentes negras e hispânicas, de baixa renda e baixa escolaridade (KOENIG et al., 2007).

Tabela 2- Distribuição da frequência dos dados demográficos de gestantes HIV+ , 2000 a 2005, Itajaí (SC).

		Nº	%
Raça	1. Branca	123	77,8
	2. Preta	17	10,8
	3. Amarela	03	1,9
	4. Parda	15	9,5
Total		158	100
Escolaridade	1. Nenhuma	07	4,4
	2. De 1 a 3 Anos	25	15,8
	3. De 4 a 7 Anos	62	39,2
	4. De 8 a 11 Anos	49	31,0
	5. De 12 a Mais	12	7,6
	9. Ignorado	03	1,9
Total		158	100
Idade	1. 10 a 19 Anos	17	10,8
	2. 20 a 34 Anos	128	81,0
	3. > 35 anos	13	8,2
Total		158	100

Fonte: SINAM, 2000 a 2005, Município de Itajaí (SC).

Ao analisarmos a suscetibilidade das mulheres quanto à transmissão do vírus HIV, observamos que 31,0% das gestantes sabiam ter como parceiros homens soropositivos para o HIV ou com AIDS, 67,1% relatavam ter parceiro negativo para o HIV. Em relação as variáveis de comportamento sexual das mulheres observadas na Tabela 3, verifica-se que a maioria das gestantes refere ter múltiplos parceiros sexuais, 72,2%, sendo que seus parceiros também se relacionam sexualmente com múltiplos parceiros em 91,1% dos casos. Cabe reflexão sobre o termo “múltiplos parceiros”, geralmente quando se faz a pergunta “Quantos parceiros você teve nos últimos 10 anos?”, as pessoas não conseguem relatar com precisão. O julgamento de tal informação acaba ficando a critério da subjetividade do profissional que está preenchendo a ficha de investigação, ou então a informação não é valorizada. Não temos ao certo o que significa múltiplos parceiros, pode ser dois, três ou dez.

Observamos que 1,9% das mulheres declararam ser usuárias de drogas injetáveis e, em 13,9% seus parceiros são os usuários. Nos anos 90, o município de Itajaí apresentava alta prevalência dos casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, chegando a índices de 54% dos casos de aids ocasionados por utilização de drogas injetáveis (ITAJAÍ, 2004). O município, a partir de 1997 passou a realizar programas de intervenção comportamental junto

à população de usuários de drogas sob a ótica da redução de danos, e populações de maior vulnerabilidade como profissionais do sexo, população portuária e escolares (ITAJAÍ, 2005).

A partir de 1997, a categoria de exposição mais freqüente é a heterossexual, e a razão sexo, no ano de 2002, é de praticamente um homem para uma mulher. Esta informação nos remete a observação de que a epidemia no município está acompanhando a tendência nacional da heterossexualização, a epidemia cresce mais à custa das mulheres (ITAJAÍ, 2005).

Em todo o mundo, 17,3 milhões de mulheres com 15 anos ou mais estão vivendo com HIV, isto representa cerca de 50% do total de pessoas infectadas. No mundo 74% das pessoas entre 15 e 24 anos vivendo com HIV são do sexo feminino, no Caribe 51% dos adultos vivendo com HIV são mulheres, 76% de todas as mulheres HIV+ vivem na África Sub Saariana e na Europa do Leste e América Latina é crescente a proporção de mulheres com HIV (BRASIL, 2007b).

Tabela 3- Distribuição da freqüência da susceptibilidade à transmissão do vírus HIV em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).

		Nº	%
Gestante com Múltiplos Parceiros	1. Sim	114	72,2
	2. Não	43	27,2
	9. Ignorado	01	0,6
Total		158	100,0
Parceiro com Múltiplos Parceiros	1. Sim	144	91,1
	2. Não	11	7,0
	9. Ignorado	03	1,9
Total		158	100,0
Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis	1. Sim	22	13,9
	2. Não	134	84,8
	9. Ignorado	2	1,3
Total		158	100,0
Paciente usuária de drogas injetáveis	1. Sim	03	1,9
	2. Não	154	97,5
	9. Ignorado	01	0,6
Total		158	100,0

Fonte: SINAM, 2000 a 2005, Município de Itajaí (SC)

O primeiro trimestre de gestação é o período adequado para o início do pré-natal, porém a mulher deve estar sendo assistida antes mesmo da concepção. No Brasil, a Portaria Federal n. 569/2000 recomenda que a primeira consulta seja realizada até o quarto mês de gestação, com no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal. Uma delas deve

ocorrer, preferencialmente, no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo, e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2000).

O Protocolo determinado pelo Programa Nacional de AIDS em conjunto com o Programa Nacional de Atenção à Gestante preconiza que se deva iniciar a profilaxia com zidovudina oral a partir da décima quarta semana de gravidez, logo, quanto mais precoce for realizado o teste anti HIV, mais cedo se iniciam as medidas profiláticas (BRASIL, 2000).

Na Tabela 4 estão apresentados os dados relativos à assistência pré-natal no período de 2000 a 2005, no município de Itajaí.

Observa-se que 98,7% das mulheres realizaram pré-natal, estes resultados são compatíveis ou superiores aos achados em alguns estudos brasileiros que verificaram uma proporção de gestantes que realizaram o pré-natal em 80,9% em Caxias do Sul no Rio Grande do Sul, 89,2% em Aracaju e 92% em estudo em São Paulo (LE MOS; GURGEL; DAL FABRO, 2005; MARQUES et al., 2002; STEFANI et. al, 2004).

Em 34,2% dos casos a primeira consulta ocorreu com menos de 14 semanas de idade gestacional, 46,8% entre 15 e 24 semanas de gestação e 17,4% com mais de 24 semanas. É preocupante o número de gestantes que iniciam o pré-natal com mais de 14 semanas (64,2%). Ao considerarmos o tempo entre a consulta, a solicitação do exame anti HIV e o tempo de espera do resultado, certamente o início do tratamento conforme o protocolo será tardio.

A maioria das gestantes realizou mais de seis consultas de pré-natal (58,9%), 29,1% realizaram de três a cinco consultas e 10,1% menos de duas consultas. Três gestantes não realizaram o pré-natal. Dados estes semelhantes ao encontrado por Lemos e col. (2005) em um estudo realizado na cidade de Aracajú.

A rotina da atenção ao pré-natal de uma gestante HIV+ é mais minuciosa, com cuidados diferentes de um pré-natal de gestante não HIV+, é preocupante que 39,2% tenha realizado menos de seis consultas. Além dos cuidados de rotina, esta gestante deve realizar exames de carga viral do HIV a cada três meses, e pelo menos mais uma medida no último mês de gestação, esta última é determinante para prevenção da transmissão. Sabe-se que, carga viral inferior a 1000 cópias a chance de contaminação é muito pequena (BRASIL, 2007c).

Quanto ao início da profilaxia com AZT, 56,3% iniciaram entre a 14^a e 20^a semana de gestação, 17,1% entre 21^a e 25^a semana, 10,1% entre a 26^a e 30^a semana, 9,0% com mais 30 semanas de gestação. Somente 7,0% não fizeram uso antiretroviral como método profilático da transmissão vertical em nenhum momento da gestação.

O município de Itajaí tem uma cobertura de pré-natal boa, porém muitas gestantes chegam às Unidades de Saúde um pouco tardiamente (18,4% iniciam o pré-natal entre 25 e/ou mais de 28 semanas), o que pode prejudicar a prevenção da transmissão do HIV uma vez que se preconiza iniciar a terapêutica na 14ª semana de gestação.

O Protocolo 076 do AIDS *Clinical Trial Group* (PACTG 076) evidencia uma redução em 67,5% na transmissão com o uso de zidovudina em três etapas (pré natal, parto e recém nascido), outros estudos também mostram que, mesmo tardiamente o uso de antiviral pode ser eficaz na profilaxia da transmissão vertical (WADE et al.,1998).

Tabela 4 - Distribuição da freqüência dos dados da assistência pré-natal em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC)

Dados da assistência		Nº	%
Realizou Pré-natal	1. Sim	155	98,1
	2. Não	03	1,9
Idade gestacional da primeira consulta PN	1. Menor que 14 semanas	54	34,2
	2. De 15 a 24 semanas	74	46,8
	3. De 25 à 28 semanas	11	7,0
	4. Mais de 28 Semanas	18	11,4
	9. Ignorado	01	0,6
Nº consultas realizadas	1. De 6 à 8 consultas	93	58,9
	2. De 3 à 5 consultas	46	29,1
	3. De 0 à 2 consultas	16	10,1
	4. Ignorado	03	1,9
Total		158	100,0
Em tratamento(ARV)	1. Sim	28	17,7
	2. Não	126	79,8
	9. Ignorado	04	2,5
	Total	158	100,0

Fonte: SINAN, 2000 a 2005. Município de Itajaí SC)

No entanto, as mulheres que não realizam o pré-natal, embora em pequena percentagem, constituem um problema de difícil resolução. Muitas vezes são elas que apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, pois são as mais pobres, marginalizadas, menos escolarizadas e que mais usam drogas ilícitas (MARQUES et al., 2002). Em estudo publicado em 2000, com cerca de 20.000 mulheres, vivendo em 13 estados norte-americanos foi identificado que o atraso para a procura ao pré-natal, ou a não freqüência, ocorreu entre mulheres com menos de 20 anos de idade, as com menos de 12 anos de escolaridade e múltiparas. As principais razões relatadas foram o desconhecimento de que

estivessem grávidas, falta de dinheiro para ir às consultas ou dificuldade de acesso ou ainda encontrar alguém para ficar com seus filhos. Os autores concluem que essas razões sugerem a necessidade de melhoria da educação em saúde, dos serviços de atenção à saúde da mulher (CDC, 2000). Nos dados do Brasil, a baixa escolaridade foi o principal indicador da não realização do pré-natal (BENFAM, 1997).

Ressaltamos que em 41% dos casos o diagnóstico da infecção pelo HIV estava definido antes da gestação (Tabela 5), o que difere de alguns estudos que mostram que pequeno percentual das gestantes conheciam previamente sua condição sorológica. Em Caxias do Sul apenas 10,6% das gestantes eram sabidamente positivas para o HIV antes de ficarem grávidas (STEFANI et al., 2004). Apesar de Itajaí apresentar considerável número de gestantes com diagnóstico previamente estabelecido, observamos que 55% das mulheres teve seu diagnóstico da infecção pelo HIV durante o pré-natal e 4% teve o diagnóstico durante o parto ou após o parto. Este último grupo é o que mais tem possibilidade de haver a transmissão do vírus HIV, pois não houve oportunidade de uso de medicação profilática durante toda a gestação.

Tabela 5 - Distribuição da frequência das gestantes HIV+ segundo realização do teste anti HIV, 2000-2005, Itajaí (SC).

Teste anti HIV	2000	2001	2002	2003	2004	2005	total	%
antes pré- natal	3	8	8	8	23	15	65	41
durante pré- natal	2	11	17	24	21	12	87	55
durante parto	0	0	0	1	0	0	1	1
após parto	0	0	0	3	1	1	5	3
Total	5	19	25	36	45	28	158	100

Fonte: SINAN, 2000 a 2005, Município de Itajaí (SC)

Das gestantes que conheciam o diagnóstico, 17,7% utilizavam medicamentos antiretrovirais para tratamento, e 82,3% das mulheres eram portadoras do vírus, sem o desenvolvimento da doença, portanto sem o uso de medicamentos (Tabela 6).

Dados estes que conferem com a literatura brasileira, pois são poucas as gestantes que recusam a realização do teste rápido na maternidade. Em 100% dos casos, as gestantes relataram que o antiretroviral estava disponível. O serviço especializado de referência para gestantes HIV+ está inserido no Centro de Referência em Doenças Infecciosas (CEREDI), que conta com profissionais gabaritados e com muita experiência na área. Nas duas últimas consultas de pré-natal, a gestante é orientada pelo pediatra e leva consigo o kit de medicação para si e seu bebê. O Programa Municipal DST/AIDS disponibiliza de rotina medicamentos

(para a gestante e as crianças) e fórmula láctea infantil para utilização na maternidade de referência. Toda criança exposta recebe duas latas de leite ao sair da maternidade. Durante o acompanhamento da criança é fornecido leite artificial até os 18 meses de vida.

Tabela 6 - Distribuição da frequência da profilaxia na assistência pré-natal em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).

		Nº	%
Idade Gestacional no Início da Profilaxia	1. de 14 a 20 semanas	88	56,3
	2. de 21 a 25 semanas	27	17,1
	3. de 26 a 30 semanas	16	10,1
	4. mais de 30 semanas	15	9,0
	5. não fez	11	7,0
Total		158	100,0
Antiretroviral disponível	1.Sim	158	100,0
Total		158	100,0
Tempo total de uso de profilaxia com antiretroviral oral	1. mais de 20 semanas	59	37,3
	2. de 19 à 15 semanas	29	18,4
	3. menos de 14 semanas	67	42,4
	9. ignorado	03	1,9
Total		158	100,0

Fonte: SINAM, 2000 a 2005, Município de Itajaí (SC)

Os dados relativos ao parto estão apresentados na Tabela 7. Pode-se observar que 12% realizaram o parto com idade gestacional entre 28 a 36 semanas de gestação (pré-termo) e 88% de 37 a 42 semanas (termo). Prematuridade também pode estar associada à transmissão vertical do HIV (CALVET et al., 2007).

Em nosso estudo a evolução da gravidez ocorreu de maneira favorável na maioria dos casos, 24,7% realizou parto vaginal e 74,7% parto cesárea. Em um caso não havia registro do dado. Estudo realizado na Unicamp, em 2001, mostra diferenças significativas de transmissão do vírus HIV dependendo do tipo de parto, no parto normal com fórceps a transmissão foi de 4,13%; no parto normal com episiotomia foi de 3,54%. Não houve praticamente diferença entre cesárea em trabalho de parto e parto normal sem episiotomia (1,24 e 1,41% respectivamente) (READ,1999), observaram que cesárea eletiva mais uso de AZT reduz a transmissão para próximo de 1%.

Quanto às complicações infecciosas também não diferiram no parto normal ou cesárea, sendo que a infecção na ferida operatória do parto normal e da cesárea não se observou diferença e a febre apresentou 6% na cesárea e 1% no parto normal (READ, 1999).

Assim, é fundamental ressaltar que sempre deve se dar atenção às condições clínicas da gestante em primeiro lugar, antes de se decidir a via de parto.

Quanto ao tempo de ruptura das membranas em horas, 57% tiveram ruptura com tempo menor de 4 horas, 7,6% maior de 4 horas, destacando-se que em 33,5% o parto foi cesárea eletiva não ocorrendo a ruptura de membranas em momento anterior ao parto.

Do número total de partos, 91,1% das parturientes utilizaram antiretroviral no momento do parto, 8,9% não o fizeram. Muitos estudos foram desenvolvidos no mundo e no Brasil para determinar que o uso de zidovudina durante a gestação, parto e no recém nascido era realmente determinante para profilaxia da transmissão vertical do HIV (READ, 1999; GARCIA et al., 1999; TUOMALA et. al., 2000).

Porém se sabe também que, vários fatores podem prevenir ou exacerbar a transmissão, como tipo de parto, ruptura de membranas, carga viral elevada da mãe, aleitamento ou não da criança, tempo de uso do antiviral.

Tabela 7 - Distribuição da freqüência dos dados da assistência ao parto em gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).

		Nº	%
Idade gestacional no momento do parto	1. De 28 à 36 semanas, Pré-Termo	19	12,0
	2. De 37 à 42 semanas, Termo	139	88,0
	Total	158	100,0
Tempo ruptura das membranas (horas)	1. Menor que 4 Hrs	90	57,0
	2. Maior que 4 Hrs	12	7,6
	3. Não se Aplica	53	33,5
	9. Ignorado	03	1,9
Total		158	100,0
Evolução da gravidez	1. Parto Vaginal	39	24,7
	2. Parto Cesáreo	118	74,7
	3. Ignorado	01	0,6
Total		158	100,0
Fez uso de antiretroviral durante o parto	1. Sim	144	91,1
	2. não	14	8,9
Total		158	100,0

Fonte: SINAM,2000 a 2005,Município de Itajaí(SC).

Na Tabela 8 relativa aos dados coletados do recém-nascido observa-se que 100% das crianças tiveram o início da profilaxia com Zidovudina xarope oral (AZT) nas primeiras 24 horas de vida, resultado muito positivo na assistência ao RN pois quanto mais precoce a utilização do medicamento mais eficaz a medida profilática.

Do total de crianças, 40,6% são do sexo feminino, 44,4% do sexo masculino, e em 15% não havia esta informação nas fichas de notificação.

Em relação ao aleitamento materno 82,5% dos RN não foram amamentados, uma criança foi aleitada pela mãe (0,6%) e em 16,9% dos casos não havia a informação nas fichas de notificação. Sabe-se que o aleitamento materno apresenta um risco adicional de transmissão de 7% a 22%, com maior chance de contaminação nos primeiros meses de amamentação devido ao fato de que o colostro e o leite precoce apresentam maior número de linfócitos e macrófagos, células alvo do HIV (VERMELHO; SILVA; COSTA, 2007). Considerando a contra indicação absoluta de aleitamento materno deve-se ofertar fórmula láctea para os recém nascidos expostos por pelo menos 12 meses (BRASIL, 2002). Cabe ressaltar que também está contra indicado o aleitamento cruzado.

Do tempo total do uso de antiretroviral oral em semanas foi verificado que 1,2% dos RN utilizou por menos de 3 semanas, 26,9% de 3 à 5 semanas, 51,9% seis semanas, ressaltando que 1,2% não utilizou e 18,8% sem informação. O Protocolo 076/1994 preconiza que o RN utilize medicação durante seis semanas, na dosagem de 2 mg/kg de peso (CONNOR et al., 1994).

Tabela 8 - Distribuição da frequência dos dados de assistência ao RN, de gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).

		Nº	%
Estado da criança ao nascer	1. Viva	160	100,0
	Total	160	100,0
Início da profilaxia	Nas Primeiras 24 h	160	100,0
	Total	160	100,0
Sexo da criança	1. Feminino	65	40,6
	2. Masculino	71	44,4
	9. Ignorado	24	15,0
	Total	160	100,0
Aleitamento materno	1. sim	01	0,6
	2. não	132	82,5
	9. ignorado	27	16,9
	Total	160	100,0
Tempo do uso de ARV oral	1. Menos de 3 semanas	02	1,2
	2. De 3 à 5 semanas	45	26,9
	3. Seis semanas	83	51,9
	4. Não Usou	02	1,2
	9. Ignorado	30	18,8
	Total	160	100,0

Fonte: SINAM, 2000 a 2005, Município de Itajaí (SC).

Toda criança exposta ao HIV deve se submeter a três exames de contagem de carga viral, no segundo e quarto mês de vida e se este último for detectável, realizar imediatamente mais uma contagem de carga viral. Ainda, aos dezoito meses deve-se realizar teste anti HIV (método Elisa), conforme Protocolo do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2006).

Os resultados evidenciam (Tabela 9), que 75,6% das crianças realizaram a primeira contagem de carga viral, 5,6% não realizaram e 18,8% não constavam o dado na ficha de investigação. Observando os resultados destes exames; 52,5% apresentaram resultados indetectáveis, 22,5% foram detectáveis e 25% não apresentaram informações.

Na segunda carga viral, 61,3% realizaram o exame, 19,4% não realizaram e 19,4% sem informação. Já no resultado do segundo exame, observou-se que em 15% foi detectado o vírus, em 45,8% os resultados foram indetectáveis e em 39,4% dos casos sem informações.

No terceiro exame, 32,5% realizaram o teste, 45% não realizaram, em 22,5% não haviam informações na ficha de investigação. O resultado do terceiro exame foi 5,3% dos casos detectáveis, 17,9% indetectáveis e em 76,8% dos casos sem informações. Infelizmente o que se observa é que as mães realizam, na maioria das vezes, a primeira carga viral de seus filhos, porém as duas contagens subsequentes não são realizadas de acordo com o protocolo. Estes dados são corroborados por estudo realizado em Caxias do Sul que também observou uma taxa de abandono do acompanhamento das crianças expostas de 41,3% em 2001, e 36,2% no ano de 2004 (STEFANI et al., 2004).

Para completar a investigação da criança exposta deve ser realizado exame de sorologia para o HIV aos 18 meses de vida. Até o ano de 2006 o exame de sorologia deveria ser realizado aos 24 meses de vida. Por determinação ministerial o prazo de realização da sorologia foi determinado para os dezoito meses. O estudo observou que aos 24 meses de idade 75,6% das crianças teve seu exame não reagente, portanto, crianças que não foram contaminadas pelo HIV. Ainda, obtivemos 3,8% dos casos em que o exame de sorologia foi reagente, e em 20,6% dos casos houve perda de segmento das crianças.

Quando se considera o encerramento dos casos observamos que na maioria das crianças o emprego do protocolo de profilaxia para a transmissão vertical do HIV foi sucesso, mas tivemos uma perda significativa de segmento em 20,6% das crianças.

Do número total das crianças expostas, seis foram contaminadas pelo vírus HIV. Cabe analisar ainda que a ficha de investigação de gestante HIV+ e criança exposta deve ser preenchida em três momentos: durante o pré-natal, na Unidade de saúde do bairro em que a gestante reside ou no Centro de Referência em Doenças Infecciosas (CEREDI); no momento do parto, na maternidade de referência; e no ambulatório especializado em AIDS pediátrica.

Tabela 9 - Distribuição da frequência dos dados de laboratoriais do recém nascido, de gestantes HIV+, 2000-2005, Itajaí (SC).

		Nº	%
Dados laboratoriais (1º) carga viral	1.Sim	121	75,6
	2.Não	09	5,6
	9. Ignorado	30	18,8
Total		160	100
Resultado da (1º) carga viral	1. Detectável	36	22,5
	2. Indetectável	84	52,5
	9. Ignorado	40	25,0
Total		160	100,0
Dados laboratoriais (2º) carga viral	1. Sim	98	61,3
	2. Não	31	19,4
	9. Ignorado	31	19,4
Total		160	100,0
Resultado da (2º) carga viral	1. Detectável	24	15,0
	2. Indetectável	73	45,6
	9. Ignorado	63	39,4
Total		160	100,0
Dados laboratoriais (3º) carga viral	1. Sim	52	32,5
	2. Não	72	45,0
	9. Ignorado	36	22,5
Total		160	100,0
Resultado da (3º) carga viral	1. Detectável	8	5,3
	2. Indetectável	27	17,9
	9. Ignorado	116	76,8
Total		160	100,0
Sorologia anti HIV aos 24 meses	1. Reagente	06	3,8
	2. Não Reagente	121	75,6
	9. Ignorado	33	20,6
Total		160	100,00
Encerramento de Caso	1. Infectada	06	3,8
	2. Não Infectada	121	75,6
	9.Perda de segmento	33	20,6
Total			

Fonte: SINAM, 2000 a 2005, Município de Itajaí (SC).

Ao observarmos a falta de informação nas diversas variáveis relativas à criança, verifica -se que é preciso intervir na maternidade e no serviço de atenção às crianças expostas para o correto preenchimento das fichas de investigação. Apesar das dificuldades no manuseio das fichas de investigação, da busca ativa das gestantes ou das mães e seus bebês, temos muito que fazer para contribuir para a redução da transmissão vertical do HIV.

A rede básica de atenção, através das equipes da saúde da família, devem estar bem articuladas e entrosadas com os serviços de referência para que se possa garantir o acompanhamento das gestantes e puérperas, e de seus recém nascidos. As gestantes podem ser acompanhadas por especialistas, mas é importante a participação de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família no acolhimento e acompanhamento dessas mulheres. O mesmo deve acontecer com as crianças expostas, devem ser acompanhadas com cuidado e atenção até completar 18 meses de vida, quando será realizado o exame anti HIV para definir se houve ou não a transmissão vertical do vírus HIV.

Precisamos avançar na qualificação do pré-natal, tornar rotina o processo de avaliação dos serviços e promover estudos e programas de intervenção para efetivamente não termos mais transmissão do vírus HIV das mães para seus filhos, assegurando a estas mulheres o direito de reprodução.

Nosso estudo mostra que seis crianças se contaminaram com o vírus HIV, e podemos observar que cinco mães não tiveram a oportunidade de um acompanhamento como preconizado. Duas delas não realizaram pré-natal (uma proveniente de outro estado na 40ª semana de gestação, e outra era profissional do sexo e usuária de drogas). Três apresentaram intercorrências infecciosas na gestação, início da profilaxia tardia/tratamento irregular e ocorrência de parto normal. Todos estes fatores contribuíram para a transmissão do vírus entre as crianças expostas.

Conforme o demonstrado na Figura 1 observa-se que as variáveis que contribuíram para a transmissão vertical do HIV (hiv1) foram: tempo de ruptura de membranas maior que 4 horas (rup2); parto normal (tip1); não utilização do antiretroviral (arv2); idade gestacional tardia do início da profilaxia(idp5). Estes resultados corroboram com as afirmações de que além da oportunidade da testagem, outros fatores são importantes para a prevenção da transmissão vertical. Atualmente se reconhece que carga viral elevada e ruptura prolongada de membranas amnióticas são os principais fatores ligados à transmissão (BRASIL, 2007;GARCIA,1999; TUOMALA,2000).

Estudos demonstram que, pelo menos 65% das transmissões ocorrem durante ou próximo ao período intra parto , sugerindo que intervenções obstétricas, como o parto cesáreo eletivo, poderiam reduzir essas taxas((KIND,1998). Acrescenta-se a isto a não realização do pré-natal e, conseqüentemente a não utilização do antiretroviral como fatores determinantes para a transmissão.

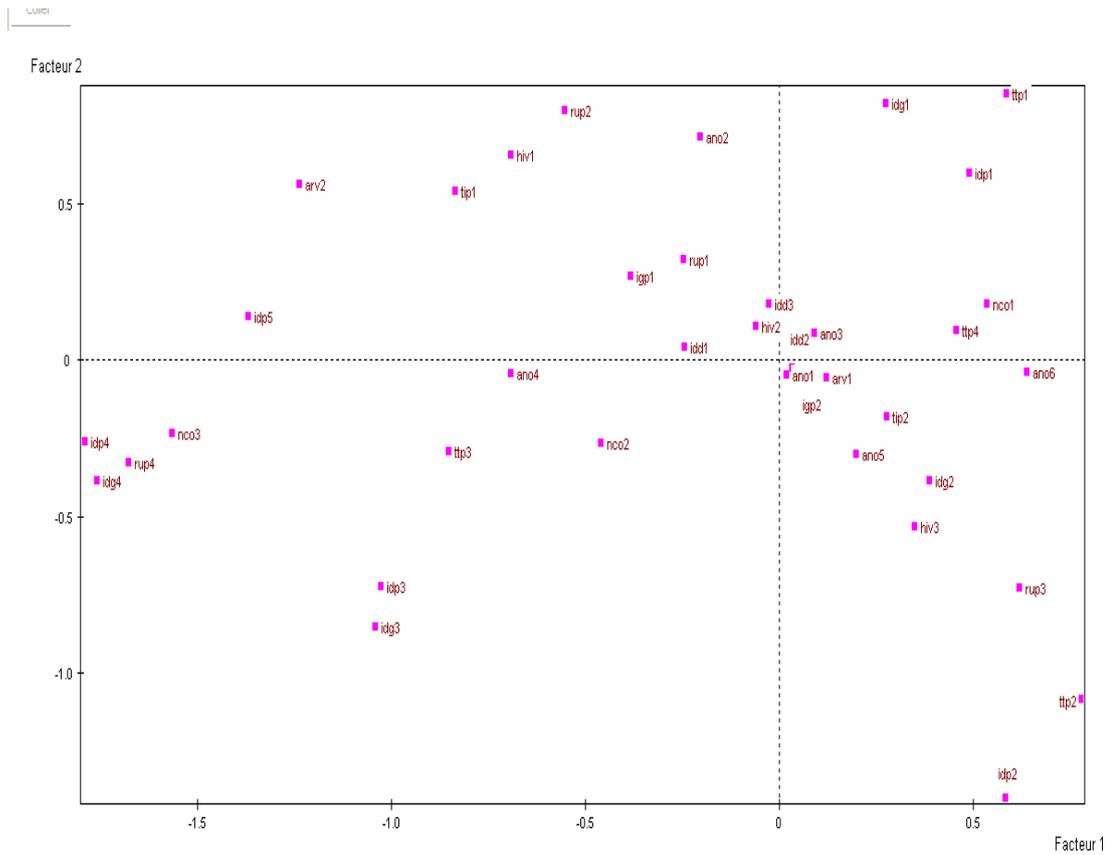


Figura 1. Variáveis relacionadas a transmissão vertical do HIV, Itajaí (SC), 2000 – 2005.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho procurou analisar a assistência à mulher portadora do vírus HIV/AIDS no ciclo gravídico assim como ao recém nascido no período neonatal precoce, com base no Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2000 a 2005 em Itajaí. Utilizamos também dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos e prontuários das mães cujos filhos foram infectados pelo vírus HIV. Após o término do estudo pode-se chegar as seguintes conclusões:

A prevalência do vírus HIV entre as gestantes foi em média de 1,05%.

A maioria das gestantes era da raça branca, com escolaridade predominantemente do ensino fundamental e pertenciam à faixa etária de 20 a 34 anos. É preocupante, no entanto, a proporção de gestantes adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, que corresponderam a 10,8% do total.

A maioria das gestantes apresentou múltipla parceria sexual.

Quase a totalidade das gestantes realizaram o pré natal (98,7%), entretanto, apenas um terço delas iniciaram o pré natal nas primeiras 14 semanas de gestação.

Metade das gestantes obtiveram o diagnóstico do HIV durante a gestação e a medicação antiretroviral estava disponível em 100% dos casos.

A grande maioria dos partos foi a termo, sendo que 74,9% foi parto cesáreo.

Todas as crianças iniciaram profilaxia com zidovudina nas primeiras 24 horas de vida.

As variáveis que mais contribuíram para a transmissão vertical do HIV foram: tempo de ruptura de membranas maior de 4 horas; parto normal; não utilização do medicamento antiretroviral e/ou inicio da profilaxia tardiamente.

Apesar das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, ainda é grande a proporção de gestantes infectadas que não são sujeitas às ações profiláticas recomendadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Grande parte dessas mulheres não tem acesso ao teste de HIV, seja pela sua condição social, seja por falhas do sistema de saúde. A ausência ou demora no diagnóstico precoce durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção

na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução de incidência dos casos em crianças. O conhecimento e consequente seroconversão no período gestacional é muito importante e grave para a ocorrência da transmissão para o bebê (BRASIL, 2005).

Medidas como: a garantia do acesso aos serviços de pré-natal, seja nos serviços especializados ou nas unidades de atenção básica; a ampliação das ações de vigilância em saúde; a qualificação dos serviços de pré-natal públicos e privados e a qualificação da atenção ao parto são ações que devem ser urgentemente adotadas para que se alcance uma redução maior da transmissão vertical do HIV.

REFERÊNCIAS

BENFAM – Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: Benfan/Macro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 1975, Seção 1.

BRASIL. Lei n. ° 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.009, de 4 de outubro de 1996. Define como obrigatórios para pesquisa de anticorpos para o HIV, de que trata a Portaria 1.376 de 19 de novembro de 1993, os testes anti HIV-1 e anti HIV-2. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 out. 1996. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2000. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1943, de 18 de outubro de 2001. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2001. Seção 1.

BRASIL. XVI Semana Epidemiológica 01 a 52. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Jan/Dez. 2002. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2104 de 19 de novembro de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Projeto Nascer-Maternidades. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2002b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 59, de 28 de janeiro de 2003. Dispõe sobre os procedimentos para detecção de anticorpos anti-HIV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 2003. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. XVIII Semana Epidemiológica 01 a 52. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Jan/Dez. 2004. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jul. 2005b. Seção 1.

BRASIL. XIX Semana Epidemiológica 01 a 52. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Jan/Dez. 2005. Brasília, DF, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Gestante HIV + e Crianças Expostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 425, de 23 de julho de 2007. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o Projeto Nascer - Maternidades, estabelecendo a testagem para HIV no período pré-parto imediato. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 2007a. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BURCHETT, S. et al. **Assessment of maternal plasma viral load as a correlate of vertical transmission**. Third International Conference on Retroviruses and opportunistic infections, Washington DC, 1996.

BURCHETT, S. Infecções. *In*: CLOTHERTY, J.P; STARK, A.N. **Infecção**. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 2000. p. 257-64.

CALVET, G.; JOÃO FILHO, E.C.; SALGADO, L.A.T.; MACHADO, G.B.; FERRAZ, G.G.S. **Transmissão Vertical e Recentes Avanços**. Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital dos Servidores do Estado/M.S, 2003. Disponível em: <<http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/34c/hivert.asp>>. Acesso em 12 jul 2007.

CDC - Center For Disease Control And Prevention. Entry into pre natal care: United States, 1989 –1997. **MMWR**, Atlanta, n. 49, p. 393-398, 12 maio, 2000.

CONNOR, E.M., SPERLING, S.S., GELBER, R., KISELEV, P., SCOTT, G., O'SULLIVAN, M.J., VANDYKE, R., BEY, M., CHEARER, W., JACOBSON, R.L. Reduction maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. **New England Journal Medicine**, v 331, n. 18, p 1173-1180, 1994.

DAL FABRO, M.M., CUNHA, R.V., PANIAGO, A.M., LINDEMBERG, A.S., FREITAS, G.M., NOGUEIRA, S.A. Prospective study on the prevention of vertical transmission of HIV in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, from 1996 to 2001. **Brazilian Journal Infection Disease**, v. 9, n.1, p. 20-27, 2005.

FAWZI,W., MSAMANGA, G., RENJIFO, B., SPIEGUELMAN, D., URASSA, E., HASHEMI, L., ANTELMAN, G., ESSEX, M., HUNTER, D. Predictors of intrapartum transmission of HIV –1 among Tanzanian women. **AIDS**, v.5, n.9, p 1157-1165, 2001.

GARCIA P.M, KALISH L.A, PITT, J. et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. **New England Medicine**, v. 341, n. 6, p.394-402, 1999.

IBGE -.INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem/default.shtm>. Acesso em: 02/03/2006.

ITAJAÍ. Programa Municipal DST/AIDS. Relatório do Programa Municipal DST/AIDS. Itajaí, 2004.

ITAJAÍ. Programa Municipal DST/AIDS. Relatório do Programa Municipal DST/AIDS. Itajaí, 2005.

ITAJAÍ. **Relatório do Programa Municipal DST/AIDS da Secretaria de Saúde de Itajaí.** Itajaí, 2007.

ITAJAÍ. **Relatório do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de Itajaí.** Itajaí, 2007.

KNOLL, Rosalie Kupka. **Epidemiologia da transmissão vertical do HIV e Sífilis.** In: SEMINÁRIO CATARINENSE DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, SÍFILIS E HEPATITE, 2005, Florianópolis: UFSC, 2005. p.156 - 156.

KNOENIG, L.ESPINOZA, L., HODGE, K. RUFFO, N. Young, seropositive, and pregnant: epidemiologic and psychosocial perspectives en pregnant adolescents with human immunodeficiency virus infection. **American Journal Obstetrics Gynecology**, s123-131, supl. September, 2007.

LAMBERT, J.S.; NOGUEIRA, S.A.; ABREU, T.; MACHADO, E.S.; COSTA, T.P.; BONDAROVSKY, M.; ANDRADE, M.; HALPERN, M.; BARBOSA, R.; PEREZ, M. A pilot study to evaluate the safety and feasibility of the administration of AZT/3TC fixed dose combination to HIV infected pregnant women and their infants in Rio de Janeiro, Brasil. **Sexually Transmitted Infections**, v. 79, p. 448-452, 2003.

LAMBRANHO, L. Reduz a incidência de aids em Santa Catarina. **A Notícia**, Joinville, 24 jan. 2001. Disponível em: < <http://na.uol.com.br/2001/jan/24/0ger> >. Acesso em 25 set 2005.

LEMOS, L; GURGEL, R.Q.; DAL FABBRO, A. Prevalência da infecção pelo HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 32-36, 2005.

MACEDO, S.G. **Desempenho Docente pela Avaliação Discente:** uma proposta metodológica para subsidiar a gestão universitária. 2001. 139 p. Tese Doutorado. Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

MANDELROT, L.; MAYAUX, M.J.; BONGAIN, A.; BERREBI, A.; MOUDOUBJEANPETIT, Y.; BENIFLA, J.L.; CIRARU-VIGNERON, N.; LE CHENADEC, J.; BLANCHE,S. DELFRAISSY, J.F. Obstetric factors and mother – to -child transmission of human deficiency virus type 1: the French perinatal cohorts. **American Journal Obstetrics Gynecology**, v 175, p.661-667, 1996.

MARQUES,H.H.S, LATORRE, M.R.D.O, DellaNegra, M., PLUCIENNIK, A., SALOMÃO, M.L.M. et al. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 385-392, 2002.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. Editora Atheneu. São Paulo. 2006.

MOFENSON, L.M. United States Public Health Service Task Force recommendations for use antiretroviral drugs un pregnant HIV 1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. **Morbidity Mortality Weekly Report**, v. 22, n. 51, p.1-38, 2002.

NASCIMENTO, E.N.V. **Adolescência e gravidez na contemporaneidade**. Insight Psicoterapia e Psicanálise. N. 132, ano XII, set. 2002

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 2.ed. Rio de janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1999.

READ, J.S. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 – a meta analysis of 15 prospective cohort studies. **New England Journal Medicine**, v 340, n. 13, p. 977-987, 1999.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Disponível em: <www.saude.gov.br/DIVE, 2006>. Acesso em: 10 fev. 2007.

SPEELING, R.S.; SHAPIRO, D.E.; COOMBS, R.W.; TODD, J.A.; HERMAN, S.A.; MCSHERRY, G.D.; O’SULLIVAN, M.J.; VAN DYKE, R.B.; JIMINEZ, E.; ROUZIUX, C. FLYNN, P.M.; SULLIVAN, J.L. Maternal viral loud, zidovudine treatment, and risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. **New England Journal Medicine**, v. 335, n. 22, p. 1621-1629, 1996.

SOUZA JUNIOR, P.R.; SZWARCOWALD, C.L.; BARBOSA, A.; CARVALHO, M.; CASTILHO, E.A. ,Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Projetc, Brazil, 2002. **Rev. Saúde Pública**; v. 38, n. 6, p. 764-722, 2004.

STEFANI, M.; BRENO, F.; ARAÚJO, N.; ROCHA, M.P. Transmissão vertical do HIV em população de baixa renda no Sul do Brasil. **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, n.2, p.33-39, 2004.

SUCCI, R.C.M. Avaliação da implementação de prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil: resultados e problemas enfrentados, a experiência da Escola Paulista de Medicina EPM/UNIFESP. *In*: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças, Rio de Janeiro: Informed eventos, 2002. p.6-8

TUOMALA R, SHAPIRO D, SAMELSON R et al. Antepartum antiretroviral therapy and viral loud in 464 HIV infected in 1998 –1999 (Pacto 367). **American Journal Obstetric Gynecology**; v. 182, n. 2, p. 285, 2000.

VASCONCELOS, A.L.R, OLIVEIRA, E.C, FERREIRA,C. Aconselhamento pré e pós teste anti HIV em gestantes, parturientes e puérperas. *In*: BRASIL. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional DST/AIDS, 2007.

VERMELHO, L.L.; SILVA, L.P.; COSTA, A.J.L. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. Disponível em: <
http://www.aidas.gov.br/udtv/boletim_jun_ago99/trans_vertical.htm>. Acesso em: 20 jan. 2007.

WADE, N.A.; BIRKHEAD, G.S.; WARREN, B.I.; CHARBONNEAU, T.I.; FRENCH, P.T.; WANG, L.; BAUM, J.B.; TESORIERO, J.M.; SAVICKI, R. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. **New England Journal Medicine**, v. 353, n. 20, p. 781-785, 1998.

WHO/UNAIDS - World Health Organization. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) 2001. **AIDS epidemic update**. Geneve. WHO, 2002.

WHO/UNAIDS- World Health Organization. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **Epidemiologic datas in world**. Disponível em: < www.who/un aids, 2006> Acesso em: 22 dez. 2006.

ANEXOS

**ANEXO 1 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV+ E CRIANÇAS
EXPOSTAS**

ANEXO 2 – CERTIFICADO APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

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](#)