

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA



**Avaliação da adesão ao controle da transmissão vertical
do HIV entre mães atendidas em maternidade de
referência do Estado do Pará**

LÍVIA LAYANY FERREIRA DE SOUZA
THEISLA KELLY AZEVEDO RAIOL

Belém – PA
2008

LÍVIA LAYANY FERREIRA DE SOUZA
THEISLA KELY AZEVEDO RAIOL



**Avaliação da adesão ao controle da transmissão vertical
do HIV entre mães atendidas em maternidade de
referência do Estado do Pará**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
para obtenção do grau em medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^ª Dra. Ana Cláudia Alves
Damasceno

Belém – PA
2008

LÍVIA LAYANY FERREIRA DE SOUZA
THEISLA KELY AZEVEDO RAIOL

**Avaliação da adesão ao controle da transmissão vertical
do HIV entre mães atendidas em maternidade de
referência do Estado do Pará**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do grau em
Medicina pela Universidade Federal do
Pará.

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Cláudia Alves
Damasceno

BANCA EXAMINADORA

Julgado em: __/__/____

Conceito: _____

À Deus, entidade superior na qual acredito, pela oportunidade de tornar possível a concretização de um objetivo e realização de um sonho, o de ser médica.

Ao corpo docente da UFFa, que contribuiu de alguma forma para minha formação.

À minha companheira de TCC, Theisla, colega de faculdade e que se tornou uma grande amiga, meu muito obrigado.

E aos meus familiares, amigos e meu namorado Daniel, que contribuíram me apoiando e ajudando direta ou indiretamente.

Lívia Layany Ferreira de Souza

À Deus, por ter iluminado meus caminhos, e ter me dado força e saúde para conquistar meus objetivos.

À minha mãe Thelma, por todo o seu incentivo, amor e dedicação; por ter acreditado em mim sempre; por tornar possível, em todos os aspectos, a realização deste sonho.

Ao meu namorado Júnior, que me apoiou em todos os momentos, incentivando-me e ajudando-me em tudo o que foi possível.

À amiga Lívia, por toda sua amizade e companherismo, durante o período de faculdade.

À minha família, pelo carinho, respeito e apoio.

Theisla Kely Azevedo Raiol

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ana Cláudia Alves Damasceno, por sua valiosa orientação na elaboração e concretização deste trabalho; e que com doçura e paciência nos norteou na realização dessa monografia.

Aos funcionários do DAME da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, por nos ajudar na busca de informações para o desenvolvimento desta pesquisa.

À equipe de enfermagem do setor de pediatria (DIP) da Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil e Adolescente (UREMIA), que contribuíram de forma atenciosa para o prosseguimento do trabalho.

Aos funcionários da CASA DIA, pela ajuda na complementação dessa monografia.

À Prof^a Marizeth Andrade, pela contribuição na elaboração estatística dos dados da pesquisa.

À Amiralda Prado, pelo suporte material e apoio, em relação aos dados bibliográficos e impressões do trabalho.

À todas as pessoas e amigos que contribuíram direta ou indiretamente com a realização desse trabalho.

“Quando uma criatura humana
desperta para um grande sonho e sobre
ele lança toda a força de sua alma, todo
o universo conspira a seu favor”.

Goethe

RESUMO

Introdução: O crescimento de casos de AIDS entre mulheres teve, como consequência, o aumento da transmissão vertical da infecção pelo HIV. A transmissão de mãe para filho pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto e durante o aleitamento materno, sendo que a maior parte ocorre no período peri-parto, devido o contato com sangue e secreções maternas contaminadas. Atualmente a taxa de transmissão do HIV sem qualquer intervenção é de aproximadamente 25%, porém vários estudos publicados na literatura, demonstraram uma redução para níveis de zero a 2% com uso de antiretrovirais durante a gestação e o parto; parto cesáreo eletivo; uso de AZT xarope para o recém-nascido e contra-indicação do aleitamento materno. **Objetivos:** 1) avaliar a realização das medidas profiláticas da transmissão vertical do HIV, nas gestantes, durante o pré-natal, e na maternidade; 2) Estabelecer comparações entre as mães que tiveram diagnóstico sorológico na ocasião do parto e aquelas que já conheciam sua sorologia positiva anteriormente ao parto, em relação à adesão aos procedimentos para redução dos riscos de infecção nos recém-nascidos; 3) Avaliar o perfil epidemiológico de mães que menos aderiram ao controle da transmissão materno-infantil do HIV; 4) Avaliar o resultado da profilaxia da transmissão vertical nas crianças (soroconversão) no período de um ano de acompanhamento. **Casuística e métodos:** Estudo coorte, de 103 gestantes admitidas na FSCMPA para assistência ao parto, no período de janeiro à dezembro de 2006. As gestantes foram divididas em dois grupos: grupo A, conheceram sua soropositividade na maternidade, na ocasião do parto; grupo B, tiveram conhecimento do seu estado de soropositividade antes do parto (durante o pré-natal ou anteriormente). As pacientes em estudo, foram acompanhadas pelo período de um ano, por meio de seus prontuários, nas unidades de referência especializadas. **Resultados:** 84,5% pertenciam ao grupo B, e 15,5% pertenciam ao grupo A. 89,7% das mães do grupo B utilizaram AZT na gestação; 25% das mães do grupo A não levaram seus filhos para continuação da profilaxia da transmissão vertical, contra 13,8% das mães do grupo B; dentre as mães que fizeram a procura por serviço especializado, no grupo A, apenas 33,3% permaneceram assíduas nas consultas e no grupo B foram 60%; a sororreversão foi confirmada em 16,7% das crianças do grupo B. Entre as mães que não buscaram as unidades de referência (16/103), 75% eram solteiras; 62,5% eram do interior do estado; e 50% haviam feito pré-natal completo. **Conclusão:** mães que ainda não conheciam seu estado de portadora na ocasião do parto, foram as que menos aderiram ao controle da transmissão vertical da AIDS.

Palavras-chaves: transmissão vertical; HIV; profilaxia.

ABSTRACT

Introduction: the increase in the number of AIDS cases among women has led to an increase in the maternal-infant transmission of human acquired immunodeficiency virus. The vertical transmission of HIV may occur during pregnancy, the labor and by breastfeeding. Most of cases of Transmission of HIV from mother to child, occur in Peri-partum period, due to contact with blood and contaminated maternal secretions. Nowadays, the rate of the vertical transmission of HIV, without any intervention, is approximately 25%, however, a lot of studies published in literature demonstrates to a reduction for levels between zero and 2% with the use of antiretroviral therapy during the pregnancy and delivery, elective cesarean section, in select cases, use of AZT for neonate and contraindication for breastfeeding.

Objective: 1) To evaluate realization of prophylaxis of the vertical transmission of HIV, in pregnant women, during the prenatal, and in the delivery assistance on the motherhood; 2) Establish comparisons between the mothers who had serological diagnosis on the delivery occasion, and ones who knew your serological diagnosis previously, with respect to procedures for the reduction the risk of infection in newborns; 3) To evaluate the epidemiological profile of the mothers who joined less the prophylaxis treatment currently recommended. 4) To assess the result of the prophylaxis of vertical transmission of the HIV in children (seroconversion or seroreversion). **Method:** Retrospective study of 103 HIV-infected pregnant women, admitted in the FSCMPA, for the delivery assistance in the period of January on the December 2006. The pregnant women were divided into two groups: group A, knew your positive serology for the HIV virus on on the motherhood, during hospitalization for childbirth, and group B knew your serological diagnosis previously (during prenatal or Prior to pregnancy). **Results:** Among the HIV-infected women 84,5% of pregnant were in the B group and 15.5% in the A group. 89,7% among the mothers of the B group, used zidovudina (AZT) during the pregnancy. Among the mothers who frequented specialized treatment unities only 33,3% of A group and 60% of B group remained assiduous. The seroreversion was confirmed in 16.7% of the children in B group . Among the mothers who had not sought the units of reference (16/103), 75% were single; 62,5% were of interland; 50% had done prenatal complete; **Conclusion:** mothers who had serological diagnosis at the time of birth, were ones who less adhered to prophylaxis of vertical transmission.

Key-Words: vertical transmission; HIV; prophylaxis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Considerações sobre o HIV	19
3.2 Epidemiologia	19
3.3 Transmissão vertical do HIV	20
3.4 Diagnóstico	23
3.5 Tratamento	24
3.6 Conduta	25
4 CASUÍSTICAS E MÉTODOS	29
5 RESULTADOS	35
6 DISCUSSÃO	46
7 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto à faixa etária 36
- FIGURA 2 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto a realização de procedimentos para profilaxia da transmissão vertical do HIV 38
- FIGURA 3 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto aos procedimentos realizados no pré-natal para diminuir a risco de transmissão vertical do HIV (grupo B) 39
- FIGURA 4 – Distribuição de mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto realizada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, e que não aderiram continuidade da profilaxia de TV, quanto a realização de procedimentos para profilaxia da transmissão vertical do HIV..... 45

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Fatores de riscos conhecidos para a transmissão do HIV perinatal	21
QUADRO 2: Roteiro de exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas	27

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Diagnóstico de soropositividade das mulheres que tiveram seus filhos na FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2006	36
TABELA 2 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro à dezembro de 2006, quanto ao estado civil; residência; grau de escolaridade; antecedentes Obstétricos	37
TABELA 3 – Medidas realizadas às mães na maternidade da FSCMPA, que são indicadas na prevenção da transmissão vertical do HIV, no período de janeiro a dezembro de 2006	40
TABELA 4 – Medidas realizadas aos RNs na maternidade da FSCMPA para prevenção da transmissão vertical do HIV, no período de janeiro dezembro de 2006	40
TABELA 5 – Análise descritiva comparativa quanto às variáveis relacionadas aos RNs nascidos na FSCMPA de mães soropositivas, no período de janeiro a dezembro de 2006	41
TABELA 6 – Seguimento pós- alta da maternidade da profilaxia à transmissão vertical do HIV – procura da unidade de referência (Casa DIA e UREMIA)	41
TABELA 7 – Tempo decorrido entre a alta da maternidade da FSCMPA e a procura pelas unidades de referência para seguimento do tratamento para diminuir o risco de transmissão vertical	42

TABELA 8 – Adesão aos procedimentos de profilaxia à transmissão vertical do HIV nas unidades de referência	42
TABELA 9 – Sororreversão das crianças nascidas de mães HIV positivas na FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2006, seguindo acompanhamento nas unidades de referência	43
TABELA 10 – Distribuição de mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto realizada na FSCMPA, no período de janeiro à dezembro de 2006, e que não aderiram continuidade da profilaxia de TV, quanto à faixa etária	43
TABELA 11 – Distribuição de mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto realizada na FSCMPA, no período de janeiro à dezembro de 2006, e que não aderiram continuidade da profilaxia de TV, quanto ao estado civil; residência; grau de escolaridade; antecedentes obstétricos	44
TABELA 12 – Procedimentos dos realizados no pré-natal para diminuir a risco de transmissão vertical do HIV nas pacientes que tiveram conhecimento de seu estado de soropositividade antes da gestação ou durante o pré-natal.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS

AIG: Adequado para a idade gestacional
ALCON: Alojamento conjunto
ALT: Alanina aminotransferase
AST: Aspartato transaminase
ART: Na tiretroviral
AZT: Zidovudina
DAME: Departamento de Arquivos Médicos e Estatística
DNA: Ácido desoxirribonucleico
DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA: Enzyme Linked Immunosorbente Assay
FA: Fosfatase alcalina
FSCMPA: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
GGT: Gama glutamiltransferase
GIG: Grande para a idade gestacional
MS: Ministério da Saúde
PACTG 076: Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group*
PCR: Reação em Cadeia da Polimerase
PIG: Pequeno para idade gestacional
PPC: Pneumocystis carinii
RN: Recém-nascido
RNA: Ácido ribonucléico
SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SVS: Secretaria de Vigilância Sanitária
TARV: Terapêutica Antiretroviral
TV: Transmissão vertical
UREMIA: Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil e Adolescente
VHB: Vírus da Hepatite B
VHC: Vírus da Hepatite C
VIH: Vírus da Imunodeficiência Adquirida



1. INTRODUÇÃO

Desde o seu reconhecimento em 1981, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) tornou-se a mais globalizada de todas as epidemias conhecidas na história da medicina. Os padrões de disseminação da infecção pelo vírus HIV mudaram, devido ao predomínio da forma de transmissão heterossexual, sendo decisivos para o aumento da incidência de casos de AIDS em mulheres (DUARTE, QUINTANA e EL BEITUNE, 2005; BRITO et al., 2006).

Com o processo de feminização, houve também um aumento do número de infecções materno – infantil, sendo essa, a forma predominante na aquisição do HIV pelas crianças. Contudo, vários estudos já mostraram que adotadas as medidas profiláticas adequadas, a taxa de transmissão vertical diminui significativamente (DE LEMOS, GURGEL e DEL FABBRO, 2006).

A infecção pelo HIV pode ser transmitida da mãe infectada para o feto durante a gravidez, o parto, ou através do aleitamento (LONGO e FAUCI, 2006). Trata-se de uma forma relevante de transmissão do HIV, principalmente em países em desenvolvimento, onde as taxas de transmissão perinatal são mais elevadas comparadas com outras regiões do mundo (NISHIMOTO, ELUF NETO e ROZMAN, 2005; SUCCI, 2006).

A triagem para detecção de novos casos de infecção pelo vírus HIV em gestantes, como um método prático e precoce, favorece a ampliação da prevenção e da melhora dos níveis de assistência materno-infantil (DUARTE, 1998).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, ainda nessa década, cinco a dez milhões de crianças serão infectadas pelo vírus da AIDS. Esses dados mostram a importância do controle da transmissão vertical do HIV para a redução da AIDS na criança (NUNES DOS SANTOS e GOULART, 2004).



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Avaliar a adesão das mães portadoras do vírus HIV à profilaxia da transmissão vertical após a alta da maternidade, comparando as mães que conheceram o seu estado de portadora no momento do parto *versus* aquelas que o fizeram durante o pré-natal ou anteriormente.

2.2 Objetivos específicos:

- Conhecer a frequência de mulheres HIV positivas que deram à luz a nativos no ano de 2006 na FSCMPA;
- Conhecer a frequência destas mulheres que já conheciam seu estado de portadoras do vírus antes do trabalho de parto;
- Avaliar as medidas de profilaxia à transmissão vertical realizadas durante o pré-natal, e as medidas recebidas na maternidade (durante o parto e no pós-parto até a alta da maternidade);
- Comparar entre os dois grupos de mães os seguintes aspectos:
 - O seguimento nas unidades de referência, e o tempo médio de procura por essas unidades, a partir da alta na maternidade;
 - Avaliar o resultado da profilaxia da transmissão vertical nas crianças;
 - Avaliar o perfil epidemiológico de mães que menos aderiram à profilaxia da transmissão vertical do HIV.



3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada por um retrovírus, é transmitida entre os seres humanos principalmente de três maneiras: sexual, perinatal e pela exposição a líquidos corporais contaminados, especialmente o sangue. O vírus foi demonstrado em títulos particularmente altos no sêmen e nas secreções cervicais femininas (ZAVASKY, GERBERDING e SANDE, 2004).

O curso do HIV é ditado pela gravidade da deficiência imune do indivíduo e pelas complicações resultantes (RACHID e SHECHTER, 2000).

Em todo o mundo (a AIDS já foi relatada em mais de 150 países) mais de 20 milhões de pessoas infectadas pelo HIV já morreram. Encontra-se na terceira década de história da AIDS, e a epidemia continua a se disseminar em todos os continentes (ZAVASKY, GERBERDING e SANDE, 2004).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

O número estimado de pessoas que vivem com o HIV em todo mundo, no ano de 2007 alcançou os 33,2 milhões, 16% a menos que o valor estimado em 2006. O total de novas infecções pelo HIV, na América Latina, em 2007, foi de 100.000; esse número elevou para 1,6 milhões o número total de pessoas que já viviam com o HIV nesta região. Desse total de pessoas, um terço delas residem no Brasil (ONUSIDA, 2007).

Entre 1980 a julho de 2007, foram identificados um total de 474.273 casos de AIDS no Brasil. Desse total, 314.294 foram identificados no sexo masculino e 159.793 no sexo feminino. Observa-se que a razão de sexo (H: M) no Brasil vem diminuindo ao longo da série histórica, passando de 15 homens para cada uma mulher (15,1:1) em 1986 para 15 homens para cada 10 mulheres (1,5:1) em 2005. Na região Norte do país, em 27 anos de epidemia, foram notificados 16.103 casos de AIDS. Importante ressaltar que na faixa etária

de 13 a 19 anos há uma clara inversão na razão de sexo a partir do ano de 1998 (BRASIL, 2007 a).

A epidemia de AIDS caracterizou-se, no Brasil, por emergir com altas taxas entre homens que fazem sexo com homens. Ao longo dos anos, tem-se observado aumento do número de casos por exposição heterossexual, ampliando a participação feminina na epidemia. O número de mulheres infectadas continua a crescer principalmente entre aquelas com relação estável (ROMANELLI et al., 2006; BRASIL, 2002 a).

A porcentagem de casos adquiridos por contato heterossexual é significativamente maior em mulheres do que em homens, provavelmente porque a transmissão pode ocorrer mais facilmente do homem para a mulher, (duas razões: a concentração do HIV no sêmen é alta e o coito causa mais danos na mucosa vaginal do que na pele do pênis). Doenças sexualmente transmissíveis, especialmente as que causam ulcerações na região genital e perineal, como sífilis, cancróide e herpes, atuam como facilitadoras da infecção pelo HIV (BORGES, 2006; NADLER, 2005).

Mais de 80% dos casos de AIDS em mulheres ocorre na idade reprodutiva, fazendo-as importantes transmissoras heterossexuais e perinatais. A maioria das infecções é devida ao HIV-1. A prevalência do HIV-2 é muito baixa nas Américas, porém o HIV-2 é endêmico em algumas partes da África, e tem sido relatado ainda aumento em Angola, Moçambique, Portugal e França (BORGES, 2006).

3.3 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Denomina-se transmissão vertical do HIV a situação em que a criança é infectada pelo vírus da AIDS durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação (BRASIL 2008).

No Brasil, o aumento no número de casos de HIV/AIDS nas mulheres, principalmente entre mulheres jovens, elevou progressivamente o número de crianças infectadas pela transmissão da mãe para o filho, tornando-se a principal categoria de exposição entre as crianças menores de 13 anos (NISHIMOTO, ELUF NETO e ROZMAN, 2005).

A primeira ocorrência de transmissão perinatal registrada no País, data de 1985. Atualmente no Brasil, esta forma de transmissão é responsável por mais de 90% dos casos notificados de AIDS. (MATURANA et al., 2007; MARQUES et al., 2002).

As conseqüências da infecção pelo HIV sobre a gravidez não são significativas quando a gestante recebe atenção pré-natal adequada e se encontra em boas condições clínicas, sociais e psicológicas. O vírus não é teratogênico e não prejudica significativamente o crescimento ou desenvolvimento fetal. Entretanto, redução na média de peso e maiores taxas de prematuridade e rotura prematura de membranas podem ser mais freqüentes, mesmo quando outros co-fatores estão envolvidos (MANUAL FEBRASGO, 2004).

Vários fatores estão associados à transmissão materno-infantil do HIV, entre eles destacam-se a viremia materna elevada, a doença materna avançada, tipo de parto, aleitamento materno, corioamnionites, rotura prematura da placenta, prematuridade e tabagismo (NISHIMOTO, ELUF NETO e ROZMAN, 2005).

A probabilidade de transmissão do HIV ao recém-nascido está correlacionada com a carga viral. Isto também parece aplicar-se a mulheres que estão a ser tratadas com fármacos antirretrovirais. Se a carga viral for indetectável com os testes atualmente disponíveis, a probabilidade de transmissão é na realidade extremamente baixa; no entanto, ainda pode haver infecção nestas circunstâncias. Do mesmo modo, nascimentos prematuros e rotura prematura de membranas estão associados com um risco aumentado de infecção para a criança (Quadro 1) (HIV MEDICINE 2007).

Quadro 1

Fatores de riscos conhecidos para a transmissão do HIV perinatal

Carga viral elevada na grávida
CD4 baixo
Grávida com SIDA
Parto vaginal
Rotura prematura de membranas ovulares > 4h
Prematuros < 37 semanas de gestação
Amamentação

As evidências apontam como principal fator contribuinte para a redução da transmissão vertical do HIV a promoção de intervenções que reduzam a carga viral materna (NISHIMOTO, ELUF NETO e ROZMAN, 2005).

Em 1994, os resultados do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076) evidenciaram uma redução de 67,5% na transmissão vertical com o uso da zidovudina (o AZT) durante a gestação, no trabalho de parto e no parto propriamente dito. A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5% (CONNOR et al., 1994).

Há redução dessa taxa para níveis entre 1 a 2% com a aplicação de todas as intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS que estão de acordo com o Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076). Essas intervenções, atualmente, são: o uso de anti-retrovirais a partir da 14^a semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral triplíce (promovendo a queda da carga viral materna para menos que 1.000 cópias/ml ao final da gestação); utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2006 a).

A maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. Além disso, o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão de 7% a 22%. A cada amamentação, a criança fica mais exposta a adquirir o vírus, que pode ocorrer tanto pelas mães sintomáticas, quanto pelas assintomáticas (BRASIL, 2006 b; BERTOLLI, 1996; KALISH, 1997).

O Projeto Nascer-Maternidades instituído pelo Ministério da Saúde através da PORTARIA Nº 2.104, de 19 DE NOVEMBRO DE 2002, tem dentre os objetivos: oferecer testagem anti-HIV no pré-parto imediato, para as gestantes que não realizaram a sorologia para o HIV durante o pré-natal; garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV

para 100% das parturientes HIV positivas detectadas, e seus recém-natos (AZT injetável no momento do parto para a mãe, AZT xarope via oral para o RN); garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-natos; criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural (BRASIL, 2002 b).

Apesar das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, com o projeto nascer, observa-se que em torno de 38 a 48% das gestantes ainda chegam às maternidades sem resultado da sorologia anti-HIV do pré-natal e necessitam do teste rápido no momento do parto, o que pode impedir que todas as ações para prevenção da transmissão vertical sejam realizadas. Ressalta-se que as atuais "Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical e Terapia Anti-retroviral em Gestantes do Ministério da Saúde" preconizam que, se possível, a sorologia deva ser repetida no terceiro trimestre de gestação (MORIMURA et al., 2006).

3.4 DIAGNÓSTICO

O teste sorológico mais utilizado para diagnóstico da infecção pelo HIV é o teste ELISA; está disponível no Brasil desde 1986, tem alta sensibilidade, porém com menor especificidade. Reações não-específicas com outras proteínas podem resultar em resultados falso-positivos. Estas ocorrem mais em mulheres politransfundidas, múltiparas, portadoras de doenças hepáticas; neoplasias hematológicas; transplante renal; colagenoses; infecções agudas por vírus DNA, entre outros. O aparecimento de anticorpos detectáveis no soro ocorre geralmente dentro de 4 – 12 semanas após a infecção.

Para um diagnóstico sorológico de infecção pelo HIV são necessários dois testes ELISA positivos em duas diferentes amostras de sangue, e um teste confirmatório positivo. Os testes confirmatórios mais utilizados são:

- **Western Blot:** muito sensível e específico. Avalia a presença de anticorpos no soro do paciente que reagem com diferentes proteínas do HIV.

- **Reação de imunofluorescência:** também muito sensível e específica. Mais barata e de mais fácil execução que o Western Blot.
- **PCR – DNA:** através da reação em cadeia da polimerase são detectadas frações do HIV no soro dos pacientes. Muito específica, porém, com alto custo. É indicada para o diagnóstico de infecção em crianças, filhas de mães HIV positivas, pois com 2 resultados positivos em lactentes menores de 6 meses, comprova-se a infecção.
- **PCR – RNA:** através dessa reação, é possível quantificar o número de cópias do HIV livre circulante (carga viral no plasma)

(LAMBERT e NOGUEIRA, 1999; BORGES, 2006).

O teste rápido é um ensaio imunocromatográfico que se utiliza para a detecção qualitativa de anticorpos HIV-1 e HIV-2 em sangue total, soro ou plasma humano, com facilidade de apresentar o diagnóstico em até 15 minutos, com simples coleta e fácil interpretação (DE LEMOS, GURGEL e DAL FABRO, 2005).

3.5 TRATAMENTO

Ao mesmo tempo que foi introduzida a profilaxia de TV, o tratamento à infecção pelo HIV também foi alterado. Nos dias de hoje, a gravidez já não é uma contra-indicação para a terapêutica anti-retroviral, seja como profilaxia da TV ou instituição de tratamento para a saúde da mulher (CDC 2006; BRASIL 2006 b).

Como regra, se a gravidez foi diagnosticada após o primeiro trimestre, a terapêutica anti-retroviral (TAR) deve ser continuada. A interrupção do tratamento pode dar origem a um aumento na carga viral e possivelmente deterioração da função imune causando perigo de progressão da doença e, em último caso, redução do estado imunitário da mãe e do feto. O AZT deve ser administrado como um componente de um regime combinado com início o mais tardar às 32 semanas de gestação (HIV MEDICINE 2006).

Mulheres cuja gravidez foi diagnosticada durante o primeiro trimestre devem ser informadas acerca dos benefícios e riscos do tratamento neste período. Em casos de estado imunitário reduzido, em particular, a TARV pode ser continuada mesmo durante o primeiro trimestre sob controle laboratorial e ultrassônico cuidadoso. No entanto, substâncias que

possam ter um efeito tóxico no embrião não devem ser administradas durante o início da gravidez (HIV MEDICINE 2006).

ARV como Efavirenze e hidroxiureia devem ser evitados na gestação por causa dos seus efeitos teratogênicos no primeiro trimestre, e a combinação didanosina (ddI) e estavudina (d4T) podem provocar acidose láctica fetal, esteatose hepática e pancreatite, sendo assim estão proscritos na gestação (HIV MEDICINE 2006).

Na prevenção perinatal, a nevirapina foi utilizada com sucesso no passado, particularmente em combinação com o AZT. Devido ao risco de aumentar a toxicidade hepática durante as primeiras 18 semanas de tratamento em mulheres com contagens de células CD4 superiores a 250 cél/mm³, o tratamento deve ser monitorizado cuidadosamente e em intervalos curtos, especialmente na altura do aumento da dose. A nevirapina em mulheres grávidas é apenas recomendada atualmente, após análise cuidadosa dos riscos - benefícios (CDC 2006).

3.6 CONDUTA

Nas gestantes infectadas, sempre que possível proceder ao parto impelido (retirada do neonato mantendo as membranas amnióticas íntegras), evitando-se também a realização de episiotomia. O clampeamento do cordão umbilical, sem ordenha, deverá ser feito imediatamente após a expulsão do RN (NUNES DOS SANTOS e GOULART, 2004).

A notificação de gestante HIV positiva e criança exposta é obrigatória e regulamentada por portaria do Ministério da Saúde, mesmo na situação em que a gestante já tenha sido notificada como caso de AIDS (BRASIL, 2006 a).

Para as mulheres que tiveram seu diagnóstico de infecção pelo HIV no momento do parto, foi proposto um fluxograma pelo Ministério da Saúde, para ser seguido pela equipe de saúde, diante de tal situação (Anexos A e B).

Os cuidados com o Recém-nascido devem incluir: banho com água e sabão imediatamente após o parto; aspiração delicada das vias aéreas a fim de evitar traumatismos

nas mucosas; início da 1ª dose do AZT em solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras duas horas (o máximo até oito horas) após o nascimento; evitar a amamentação, inclusive amamentação cruzada (BRASIL 2006 b).

A identificação da infecção perinatal pelo HIV no recém-nascido, deve ser baseada nos testes virológicos. A interpretação de métodos sorológicos tradicionais que medem os anticorpos, como o ELISA e Western Blot, torna-se complicada, pois não há com discernir se os anticorpos da classe IgG presentes no soro da criança são produzidos por ela ou se de aquisição transplacentária. Nesses casos, apenas a persistência da positividade por mais de 18 meses define a infecção pelo HIV. Os testes virológicos mais sensíveis para o diagnóstico são: a cultura de vírus, a técnica de reação em cadeia da polimerase para detecção de DNA ou RNA viral. Podem ser realizados nas primeiras 48 horas de vida em sangue periférico do RN, com 14 dias de vida e com 1-2 meses, e posteriormente com 3 a 6 meses de idade (SOUZA MARQUES e SAKANE, 2003; NUNES DOS SANTOS e GOULART, 2004).

A confirmação de infecção pelo HIV na criança pode ser estabelecida quando apresentar: dois testes virológicos positivos em duas determinações diferentes. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização de testes virológicos com 2 a 24 meses de idade, através dos testes moleculares quantitativos (Anexo C) (BRASIL, 2007 b).

Mãe e RN, logo após a alta na maternidade, devem ser encaminhados para ambulatório especializado para seguimento do controle da TV, além de se esclarecer o diagnóstico da infecção perinatal pelo HIV e manter a terapêutica anti-retroviral. A partir da 6ª semana de vida até a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV, deve se iniciar a profilaxia contra a pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC) com Sulfametoxazol e Trimetoprima. A pneumonia por PPC é uma das infecções oportunistas sérias mais comumente relatadas em crianças com SIDA e está associada à alta mortalidade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

O acompanhamento da criança deve ser mensal nos primeiros 6 meses e, no mínimo, trimestral a partir do 2º semestre de vida. Em todas as consultas deve-se registrar o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico. A avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar dificuldade de ganho de peso (BRASIL, 2007 b).

Propõe-se um roteiro de exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas, lembrando que o mesmo merecerá adaptações frente às especificidades de cada serviço (Quadro 2). A justificativa para a realização deste conjunto de exames baseia-se na necessidade de monitoramento de efeitos adversos devidos à exposição intra-uterina e pós-natal aos anti-retrovirais, bem como na importância da identificação precoce das repercussões sistêmicas da infecção pelo HIV (BRASIL, 2007 b).

Quadro 2 - Roteiro de exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas

EXAMES	Idade				
	Ao nascer	1 – 2 m	4 m	6 a 12 m	2 a 18 m
Hemograma	X	X	X	X	X
Provas de função hepática●	X	X		X	X
Glicemia	X	X	X	X	X
Sorologia HIV●●	X				X *
Carga viral **		X	X		
TORCH ^{□□}	X				
Sífilis	X				
HBV e HCV	X				
CD4 e CD8		X			

- AST, ALT, GGT, FA

- Sempre que houver dúvidas em relação ao estado de infecção da mãe (por exemplo, crianças abandonadas ou mães sem documentação confiável em relação a seu estado de infecção).

* Caso o resultado da sorologia seja positivo ou indeterminado, recomenda-se repetir após 3 meses.

**Se a carga viral revelar-se com nível detectável, repetir imediatamente (conforme figura 1), já na consulta a seguir; caso a carga viral apresente-se em nível indetectável, repeti-la na criança com idade acima de 4 meses, quando o primeiro teste tiver sido realizado na criança entre 1 e 2 meses de idade.

▫▫Sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples.



4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo:

Neste trabalho empregou-se o modelo de estudo analítico retrospectivo e comparativo, do tipo coorte.

4.2 População de estudo:

Gestantes atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará para realização de parto, e que tiveram diagnóstico para o HIV positivo durante: pré-natal ou anteriormente; e as gestantes que tiveram diagnóstico de positividade durante o teste rápido de triagem. Os filhos de mães positivas fizeram parte da população de estudo.

As mulheres em estudo, foram divididas em dois grupos: grupo A – mães sem conhecimento prévio do *status* HIV positivo, e grupo B – mães com conhecimento prévio do *status* HIV positivo.

4.3 Locais de pesquisa:

- Maternidade da Fundação da Santa Casa de Misericórdia do Pará, referência para partos de gestantes HIV positivas, que tem o programa Nascer (realização do teste rápido, para as gestantes em trabalho de parto que não realizaram a pesquisa do HIV durante o pré-natal).

- Unidades de referência na Cidade de Belém para seguimento dos filhos de mães HIV positivas: CASA DIA e UREMIA – Unidade de Referência materno Infantil e Adolescente.

4.4 Tamanho Amostral:

Foi composto de 103 prontuários de mães HIV positivas que tiveram o parto realizado na FSCMPA, no período pré-determinado (01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2006).

4.5 Critérios de Inclusão:

- Gestantes HIV positivas (assintomáticas, e as com manifestações da doença) que tiveram o seu diagnóstico de soropositividade ao HIV antes da gestação ou durante, e aquelas que foram diagnosticadas durante o trabalho de parto na admissão da maternidade, que deram à luz a nativos, os quais sobreviveram até a alta hospitalar da maternidade (incluindo os

recém-nascidos que necessitaram ser encaminhados ao berçário e/ou UTI neonatal da instituição).

- Filhos de mães HIV positivas que nasceram na maternidade da FSCMPA entre 1º de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2006, acompanhados nas Unidades de Referência secundária, para controle da transmissão vertical do vírus HIV em Belém (CASA DIA e UREMIA). As informações dessas crianças foram buscadas durante o período de 01 de janeiro de 2006 até 31 de dezembro de 2007.

4.6 Critérios de exclusão:

- Prontuários que não foram localizados após pelo menos 5 tentativas de busca nos referidos arquivos das instituições.

- Casos de óbito materno durante o parto, ou, antes da alta da maternidade.

- Casos de óbito do concepto: incluindo os natimortos e aqueles em que o óbito sobreveio antes da alta da maternidade.

- Casos de abandono do recém-nascido para adoção.

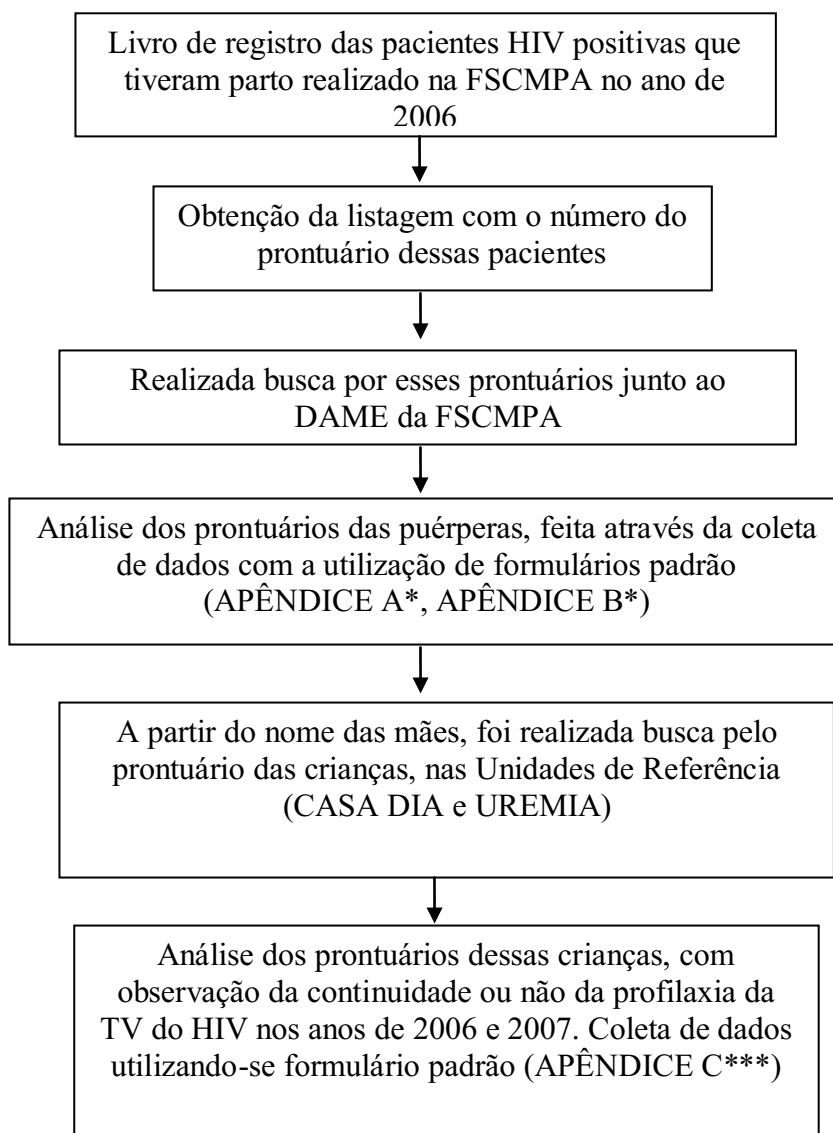
4.7 Variáveis estudadas:

4.7.1 Variáveis maternas: Residência (Belém/Interior), Idade (idade mínima, idade máxima, idade média, mediana), estado civil, escolaridade, antecedentes obstétricos (gestações, paridade, abortos), diagnóstico do HIV (durante o trabalho de parto ou anteriormente); se realizou medidas de profilaxia à transmissão vertical do HIV (em casos de descoberta anteriormente ao parto), caso não tenha realizado, avaliar o motivo alegado. Uso de drogas, adolescentes (< 19 anos), adolescente infratora (pertencente à gangues e/ou respondendo à penalidades legais: furto, roubo, homicídio), DSTs associadas (principalmente sífilis); uso de AZT injetável durante o parto; tipo de parto realizado; se realizou amamentação.

4.7.2 Variáveis das crianças: Idade gestacional ao nascimento (termo, pré-termo e pó-termo), adequação do peso ao nascer (PIG, pequenos para idade gestacional; GIG, grandes para idade gestacional; AIG, adequados pra idade gestacional segundo a curva de

Lubchenco), intercorrências durante a permanência na maternidade (distúrbios metabólicos, infecções agudas ou crônicas, sífilis, icterícia); medidas de profilaxia relacionada ao HIV a que foram submetidos na maternidade (aleitamento artificial, o uso de AZT iniciado nas primeiras 8 horas de vida). Avaliar o tempo entre a alta e a procura da referência secundária, assim com, as taxas de não procura da referência. Investigar a assiduidade nas consultas (média de faltas entre o início do acompanhamento até a definição da situação da criança: infectada pelo HIV ou sororreversão). Avaliar taxas de abandono (ausência de retorno às consultas regulares por período superior há seis meses), e os possíveis motivos alegados pelas mães das crianças, para a não assiduidade, ou a não administração dos medicamentos previstos.

4.8 Procedimentos:



(*) APÊNDICE A: utilizado para coleta de dados das puérperas que conheceram seu estado de soropositividade para o HIV, durante internação hospitalar para realização do parto, pois a FSCMPA de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, realiza a triagem de todas as gestantes, para o vírus do HIV.

(**) APÊNDICE B: utilizado para coleta de dados das puérperas que conheceram seu estado de soropositividade para o HIV durante o pré-natal ou anteriormente à gestação, ou seja, já conheciam seu estado de portadora antes do parto.

(***) APÊNDICE C: utilizado para a coleta das informações das crianças, nas Unidades de Referência para controle da transmissão vertical do HIV (CASA DIA e UREMIA).

4.9 Codificação, digitação e análise dos dados:

As informações coletadas foram inseridas no programa EPI INFO, versão 6.04 para análise estatística dos mesmos.

As tabelas e gráficos construídos no Microsoft EXCEL 2003.

Para análise da significância foi utilizado o teste Qui-Quadrado para variáveis categóricas e o teste t-Student para variáveis numéricas, com nível $\alpha = 0,05$ (5%), através do software BioEstat 4.0, assinalando com asterisco (*) os valores significantes.

4.10 Aspectos éticos:

4.10.1 Parecer do conselho de ética

O projeto foi aprovado em dezessete de outubro de dois mil e seis, pelo comitê de ética em pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Também foi aceito pela diretoria e gerência da Unidade de referência Materno Infantil e Adolescente (UREMIA) e CASA DIA, respectivamente.

4.10.2 Benefícios

Depois de concluído, foi enviada uma cópia do presente trabalho às Unidades de referência para acompanhamento de crianças expostas verticalmente ao HIV (CASA DIA e UREMIA), para que os profissionais dessas unidades, tenham conhecimento dos resultados obtidos, com relação à situação da transmissão vertical no Estado do Pará.



5. RESULTADOS

A população estudada foi representada por um total de 103 mulheres que tiveram seus filhos na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006. Observa-se que do total de pacientes estudadas, a maior parte teve seu diagnóstico de soropositividade antes da gestação ou durante o pré-natal, com diferença estatisticamente significativa em relação ao outro grupo, como é representado na Tabela 1.

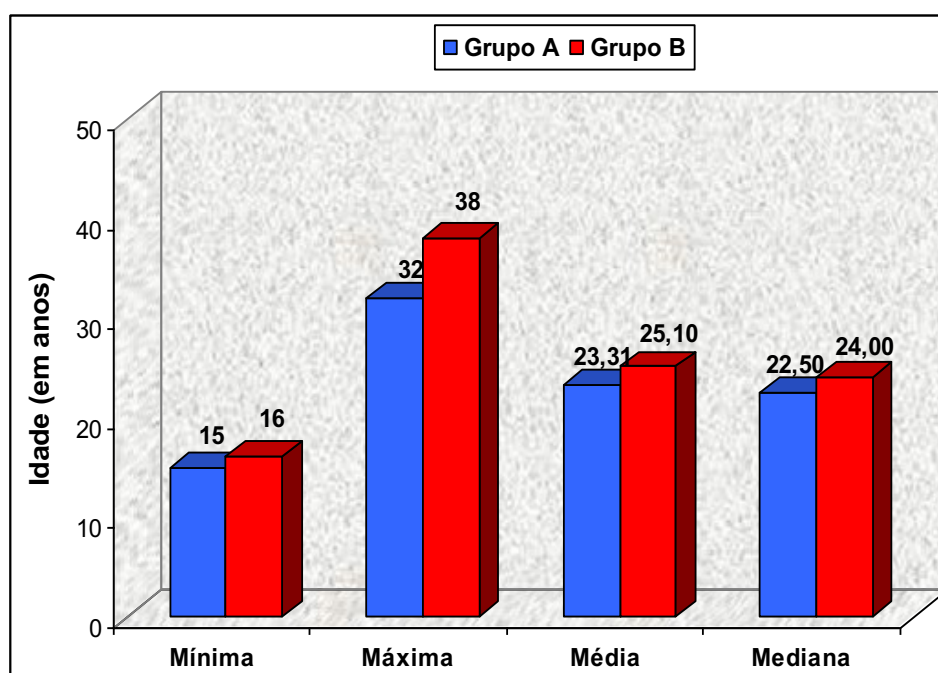
TABELA 1 – Diagnóstico de soropositividade das mulheres que tiveram seus filhos na FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2006

Diagnóstico do HIV	Frequência	%
Durante pré-natal ou anteriormente *	87	84,5%
No momento do parto	16	15,5%
TOTAL	103	100,0%

p = 0.0001 (Qui-Quadrado)

Fonte: FSCMPA, 2006.

Com relação à idade das pacientes do grupo A e grupo B, que procuraram as unidades de referência, não houve uma significância estatística na média de idade dessas mulheres, como pode ser melhor observado na figura 1.



p = 0.1245 (Teste t - Student)

FIGURA 1 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto à faixa etária.

Conforme a tabela 2, o uso de drogas ilícitas, foi relatado por 12,5% das pacientes do grupo A, enquanto nem um caso foi observado no grupo B. Com relação à realização do pré-natal, houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de estudo. Do grupo A, 75% de pacientes tinham feito pré-natal incompleto; enquanto que no grupo B, 74,7% haviam feito pré-natal completo.

TABELA 2 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto ao perfil epidemiológico.

Variáveis	Grupo A (n=16)		Grupo B (n=87)		p - valor
Estado civil					0,1970
Solteira	13	81,3%	50	57,5%	
Casada	1	6,3%	15	17,2%	
União Estável	2	12,5%	22	25,3%	
Residência					0,2298
Belém	6	37,5%	50	57,5%	
Outros municípios	10	62,5%	37	42,5%	
Anos de estudo					0,1974
01 a 03	3	18,8%	8	9,2%	
04 a 07	10	62,5%	39	44,8%	
08 a 11	3	18,8%	39	44,8%	
Mais de 11	0	0,0%	1	1,1%	
Antecedentes Obstétricos					0,7020
G1P0A0	5	31,3%	13	14,9%	
G2P0A1	1	6,3%	3	3,4%	
G2P1A0	3	18,8%	25	28,7%	
G3P2A0	3	18,8%	16	18,4%	
G3P1A1	0	0,0%	4	4,6%	
G3P0A2	0	0,0%	1	1,1%	
4 gestações ou mais	4	25,0%	25	28,7%	
Uso de drogas ilícitas*					0.0191*
Sim	2	12,5%	0	0,0%	
Não	14	87,5%	87	100,0%	

TABELA 2 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto ao quanto ao perfil epidemiológico.

(Continua)

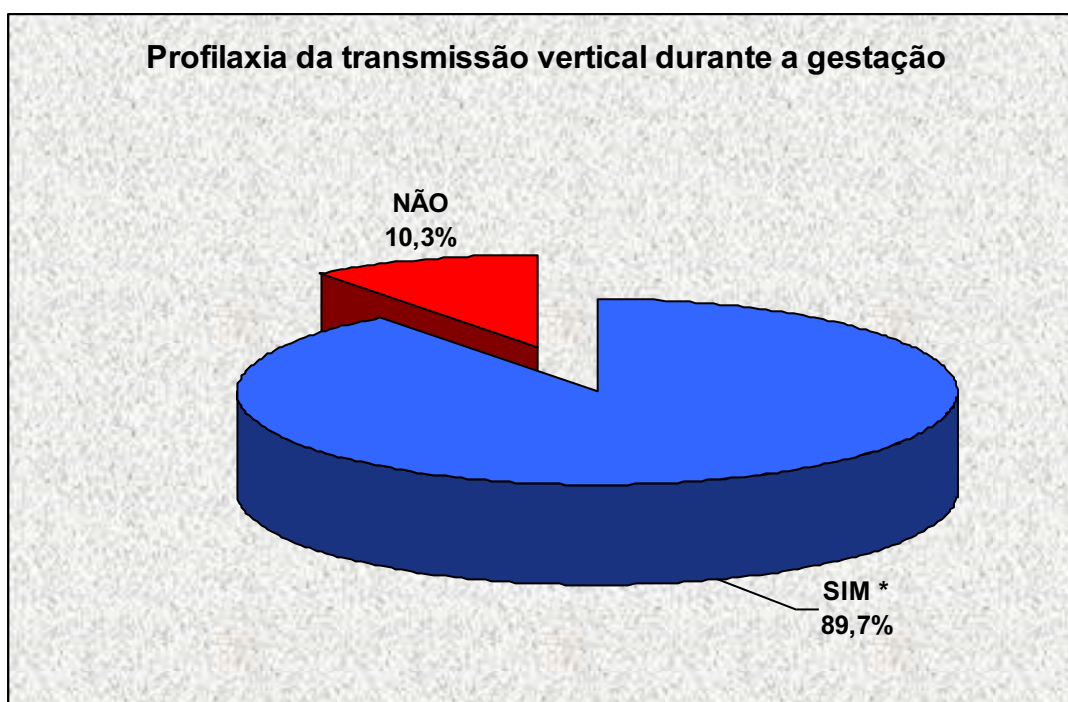
DST Associada					0,6556
Sim	1	6,3%	6	6,9%	
Não	15	93,8%	81	93,1%	
Pré-natal *					< 0.0001*
Sim	2	12,5%	65	74,7%	
Não	2	12,5%	14	16,1%	
Incompleto	12	75,0%	21	24,1%	

Teste qui-quadrado para variáveis categóricas

Teste t – Student para variáveis numéricas

Fonte: FSCMPA, 2006.

Analisando apenas as mães do grupo B, observou-se que 89,7%, haviam feito a profilaxia da transmissão vertical durante a gestação, como mostra a figura 2.

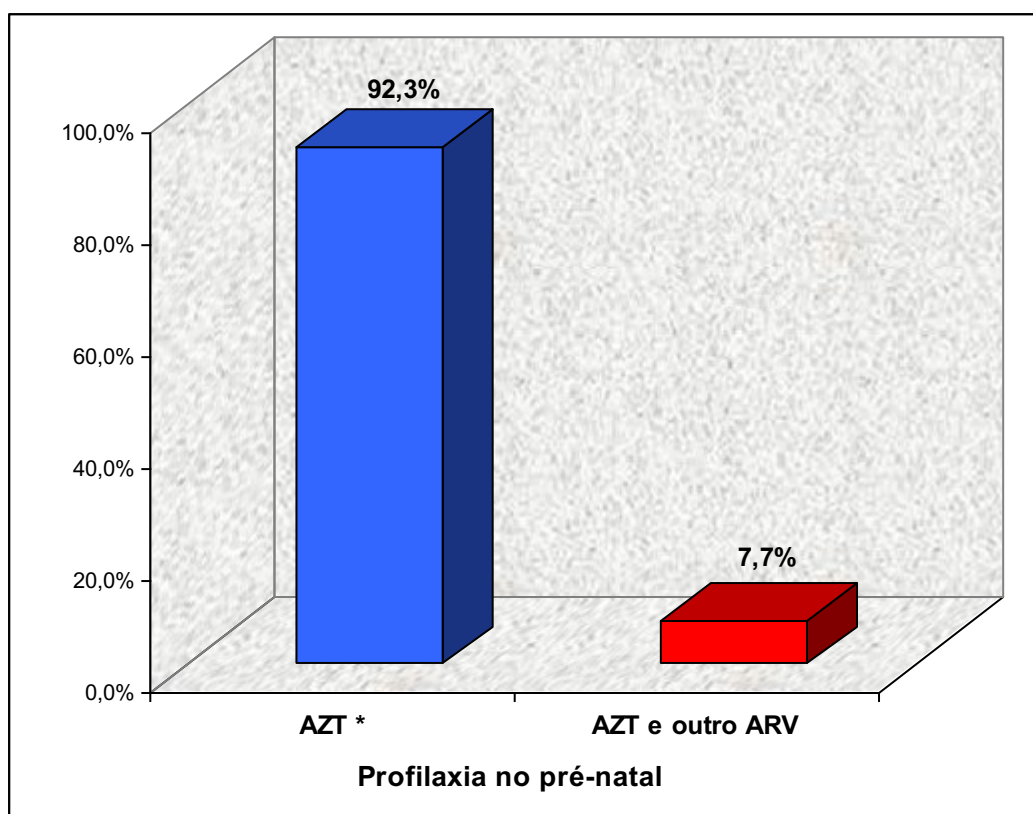


p = 0.0001 (Qui-Quadrado)

Fonte: FSCMPA, 2006.

FIGURA 2 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto a realização de procedimentos para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

A figura 3, mostra que a maioria das pacientes do grupo B, 92,3%, fizeram o uso apenas do AZT como procedimento para diminuir o risco de transmissão vertical durante o pré-natal.



p = 0.0001 (Qui-Quadrado)
Fonte: FSCMPA, 2006.

FIGURA 3 – Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, quanto aos procedimentos realizados no pré-natal para diminuir a risco de transmissão vertical do HIV (grupo B).

Como se observa na tabela 3, 18,8% de pacientes do grupo A, e 3,4% do grupo B, não foram submetidas ao AZT endovenoso no momento do parto. O parto cesáreo foi observado na maior parte das pacientes de ambos os grupos, 75% no grupo A e 86,2% no grupo B.

TABELA 3 – Medidas realizadas às mães na maternidade da FSCMPA, que são indicadas na prevenção da transmissão vertical do HIV, no período de janeiro a dezembro de 2006.

Medidas	Grupo A (n=16)		Grupo B (n=87)		p - valor
AZT no trabalho de parto					0,0686
Sim	13	81,3%	84	96,6%	
Não	3	18,8%	3	3,4%	
Parto cesáreo					0,4461
Sim	12	75,0%	75	86,2%	
Não	4	25,0%	12	13,8%	

Fonte: FSCMPA, 2006.

Conforme a tabela 4, das mulheres estudadas, 87,5% do grupo A, suspenderam o aleitamento materno, contra 96,7% do grupo B.

TABELA 4 – Medidas realizadas aos RNs na maternidade da FSCMPA para prevenção da transmissão vertical do HIV, no período de janeiro a dezembro de 2006.

Medidas	Grupo A (n=16)		Grupo B (#n=90)		p - valor
Suspensão do aleitamento materno					0,3402
Sim	14	87,5%	87	96,7%	
Não	2	12,5%	3	3,3%	
AZT ao RN					0,6928
Sim	16	100,0%	88	97,8%	
Não	0	0,0%	2	2,2%	

#Ocorrência de nascimento de gêmeos

Fonte: FSCMPA, 2006.

A tabela 5, mostra que a porcentagem de RNs pré-termo é maior nos filhos das mães do grupo A, 37,5%; enquanto que no grupo B, a porcentagem é de apenas 3,3%.

TABELA 5 – Análise descritiva comparativa quanto às variáveis relacionadas aos RNs nascidos na FSCMPA de mães soropositivas, no período de janeiro a dezembro de 2006.

Variáveis do RN	Grupo A (n=16)		Grupo B (#n=90)		p - valor
Idade Gestacional *					0.0001*
Termo	10	62,5%	87	96,7%	
Pré-termo	6	37,5%	3	3,3%	
Adequação do peso ao nascimento					
AIG	12	75,0%	78	86,7%	0,4110
PIG	4	25,0%	11	12,2%	
GIG	0	0,0%	1	1,1%	
Destino do RN após o parto					0,2236
ALCON	10	62,5%	72	80,0%	
Berçário	6	37,5%	18	20,0%	
Intercorrências durante a internação					0,1819
Sim	6	37,5%	17	18,9%	
Não	10	62,5%	73	81,1%	

p = 0.0001 (Qui-Quadrado)

#Ocorrência de gemelares

Fonte: FSCMPA, 2006.

Na tabela 6 nota-se que a procura das mães pelas unidades de referência, foi feita por 75% no grupo A e por 86,2% no grupo B. Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

TABELA 6 – Seguimento pós-alta da maternidade da profilaxia à transmissão vertical do HIV – procura da unidade de referência (Casa DIA e UREMIA).

Seguimento nas Referências	Grupo A (n=16)		Grupo B (n=87)	
Sim	12	75,0%	75	86,2%
Não	4	25,0%	12	13,8%

p = 0.0058 (Qui-Quadrado)

Fonte: Casa Dia e UREMIA, 2007.

De acordo com a tabela 7, a média de tempo (em dias) para a procura das mães às unidades de referência, foi maior em proporção no grupo A, 41,92 dias; enquanto que no grupo B foi de 29,84 dias.

TABELA 7 – Tempo decorrido entre a alta da maternidade da FSCMPA e a procura pelas unidades de referência para seguimento do tratamento para diminuir o risco de transmissão vertical.

Tempo para procura nas unidades de referência (em dias)	Grupo A (n=12)	Grupo B (n=75)
Mínima	4	4
Máxima	193	160
Média	41,92	29,84
Mediana	19,00	23,00
Desvio padrão	54,44	24,79

p = 0.1017 (Teste t - Student)

Observa-se na tabela 8 que houve significância estatística entre as mães do grupo A e B, em relação à assiduidade às consultas nas unidades de referência materno-infantil. No grupo A, a maioria, abandonou o tratamento (66,7%); enquanto que no grupo B, a maioria, 60%, manteve assiduidade às consultas.

TABELA 8 – Adesão aos procedimentos de profilaxia à transmissão vertical do HIV nas unidades de referência.

Variáveis	Grupo A (n=12)		Grupo B (n=75)		p - valor
Assiduidade às consultas*					0.0125*
Sim	4	33,3%	45	60,0%	
Não	0	0,0%	11	14,7%	
Abandono	8	66,7%	19	25,3%	
Permaneceu sem aleitamento materno *					0.0111*
Sim	10	83,3%	75	100,0%	
Não	2	16,7%	0	0,0%	
Administração de AZT ao RN por 42 dias					0,1592
Sim	10	83,3%	73	97,3%	
Não	2	16,7%	2	2,7%	

Fonte: Casa DIA e UREMIA, 2007.

O conhecimento sobre a sororreversão das crianças filhas de mães HIV positivas, foi possível ser observado no grupo B, em 16,7%, como pode-se verificar na tabela 09.

TABELA 09 – Sororreversão das crianças nascidas de mães HIV positivas na FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2006, seguindo acompanhamento nas unidades de referência.

Sororreversão	Grupo A (n=12)		Grupo B (#n=78)	
Sim	0	0,0%	13	16,7%
Ignorado	12	100,0%	65	83,3%

#Ocorrência de
gemelares

Fonte: Casa DIA e UREMIA, 2007.

PERFIL DAS MÃES QUE NÃO PROCURARAM AS UNIDADES DE REFERÊNCIA:

A tabela 10 mostra a média de idade das mães que não procuraram as unidades de referência para seguimento de medidas profiláticas.

TABELA 10 - Distribuição das mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto prestada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, e que não aderiram à continuidade da profilaxia de TV, quanto à faixa etária.

Idade (em anos)	
Mínima	16
Máxima	32
Média	23,19
Mediana	23,50
Desvio padrão	4,86

A tabela 11, mostra que a maioria das mulheres que não procuraram as unidades de referência, a maior parte residia no interior do estado, 62,5%, e o grau de escolaridade foi

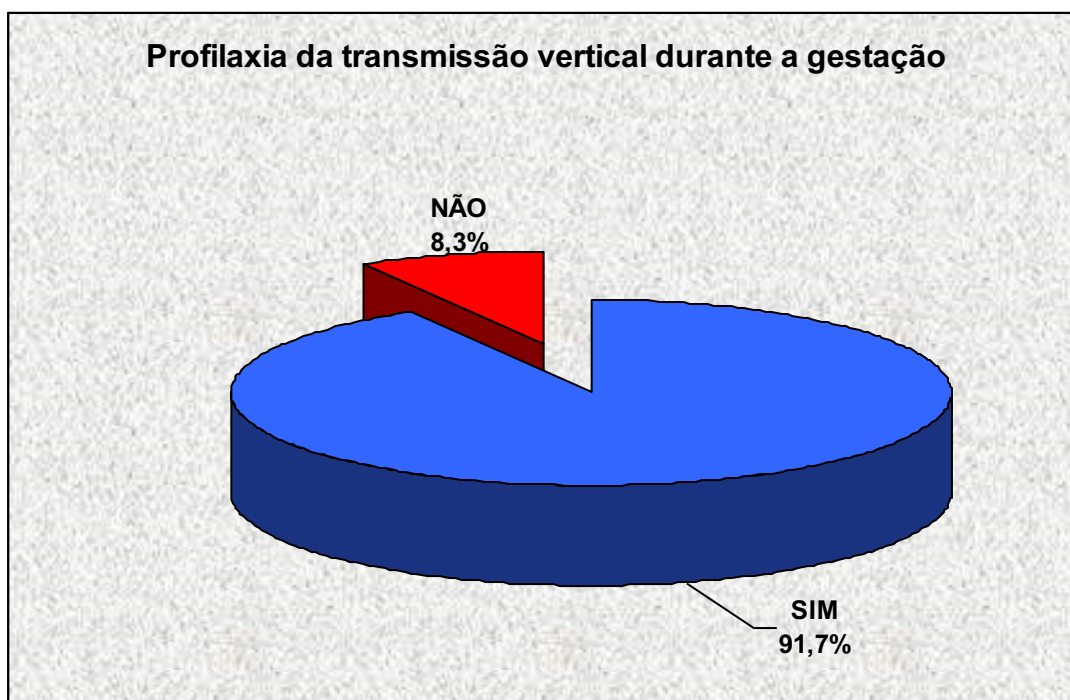
representado em sua maior parte, por aquelas que tiveram de 4 a 7 anos de estudos; o pré-natal incompleto foi feito por 50% das mulheres.

TABELA 11 – Distribuição de mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto realizada na FSCMPA, no período de janeiro à dezembro de 2006, e que não aderiram à continuidade da profilaxia de TV, quanto ao quanto ao perfil epidemiológico.

Variáveis	Freqüências	
Estado civil		
Solteira	12	75,0%
União Estável	4	25,0%
Residência		
Belém	6	37,5%
Outros municípios	10	62,5%
Anos de estudo		
01 a 03	1	6,3%
04 a 07	9	56,3%
08 a 11	6	37,5%
Antecedentes Obstétricos		
G1P0A0	3	18,8%
G2P0A1	1	6,3%
G2P1A0	5	31,3%
G3P2A0	3	18,8%
4 gestações ou mais	4	25,0%
Pré-natal		
Sim	8	50,0%
Incompleto	8	50,0%

Fonte: FSCMPA, 2006.

A Figura 4, mostra que a maior parte das mulheres que não procuraram as unidades de referência, 91,7%, fizeram a profilaxia da transmissão vertical durante a gestação.



Fonte: FSCMPA, 2006.

FIGURA 4 – Distribuição de mulheres HIV positivas que tiveram assistência ao parto realizada na FSCMPA, no período de janeiro a dezembro de 2006, e que não aderiram à continuidade da profilaxia de TV, quanto a realização de procedimentos para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

A tabela 12, mostra que todas as mulheres, que não procuraram as unidades de referência, fizeram uso apenas do AZT como procedimento para diminuir o risco de o risco de transmissão vertical do vírus HIV.

TABELA 12 – Procedimentos dos realizados no pré-natal para diminuir a risco de transmissão vertical do HIV nas pacientes que tiveram conhecimento de seu estado de soropositividade antes da gestação ou durante o pré-natal.

Profilaxia no pré-natal	Frequência	%
AZT	11	100,0%
AZT e outro ARV	0	0,0%
TOTAL	11	100,0%

Fonte: FSCMPA, 2006.



6. DISCUSSÃO

Até o final da década de 80, as mulheres ainda não haviam adquirido “visibilidade” no contexto da expansão epidêmica da infecção pelo vírus HIV. Indicadores epidemiológicos mostram, que o padrão de infecção mudou no Brasil. No ano de 2005 esse indicador atingiu a proporção de 0,6:1 (H:M), ou seja, 6 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2007 a; MANUAL FEBRASGO, 2004).

Sendo assim, a população feminina vem se tornando uma das maiores vítimas da transmissão heterossexual do HIV, com o agravante adicional da transmissão vertical, que é uma das principais formas de disseminação desse vírus na faixa pediátrica. A profilaxia com anti-retroviral no pré-natal e no momento do parto, aliada à administração no recém-nascido, tem melhorado o panorama de soroconversão nas crianças expostas (GIR et al., 2004).

O diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação, possibilita os melhores resultados com relação ao controle da infecção materna, e conseqüentemente, na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por este motivo, é de fundamental importância a realização da sorologia para o HIV durante a gestação. O ideal é que essa sorologia seja realizada na primeira consulta de pré-natal, ainda no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2004; NUNES DOS SANTOS e GOULART, 2004).

Visando a melhoria da assistência à mulher infectada, o Projeto Nascer do Ministério da Saúde, passou a recomendar triagem com sorologia anti-HIV para toda gestante durante o pré-natal, possibilitando o diagnóstico da infecção, e melhor controle da transmissão vertical. No entanto, de acordo com a literatura, um grande número de gestantes ainda chega às maternidades sem resultado da sorologia anti-HIV, e necessitam de teste rápido no momento do parto, o que pode impedir que todas as ações para prevenção da transmissão vertical sejam realizadas (ROMANELLI et al., 2003).

No presente estudo, observou-se que a maioria das mulheres, 84,5%, conheceram seu estado de soropositividade durante o pré-natal ou anteriormente à gestação, coincidindo com outros estudos publicados (MORIMURA et al., 2006; DE LEMOS, GURGEL e DAL FABBRO, 2005). E que, 15,5% descobriram a positividade para o HIV no momento da

internação para o parto. De acordo com a literatura, o fato de muitas mulheres ainda chegarem à maternidade sem conhecer seu *status* soropositivo, seria consequência da não realização do pré-natal ou início tardio deste; não coleta do exame no pré-natal (mesmo quando este é solicitado); e não recebimento do exame em tempo hábil (SOUZA JÚNIOR et al., 2004; CARVALHO et al., 2004; VASCONCELOS e HAMANN, 2005).

O percentual de mulheres que chegaram para o parto desconhecendo sua sorologia, apesar de ter sido baixo, e comparável a outros estudos (CAVALCANTE et al., 2004), é considerado importante, pela repercussão que pode representar para a saúde da criança, bem como para a saúde pública. Isso vem demonstrar, que existem falhas na detecção precoce de gestantes soropositivas.

Na avaliação da faixa etária, observou-se maior predominância das faixas de 20 à 29 anos, seguidos pela faixa de 10 à 19 anos. A média de idade para as mulheres que souberam ser soropositivas no pré-natal ou antes da gravidez, foi de 25,1. Já para as mulheres que conheceram a soropositividade para o HIV durante o teste rápido, a média de idade ficou em 23,31, demonstrando que a infecção atinge cada vez mais mulheres jovens e até adolescentes, o que implica em maiores riscos para transmissão materno-infantil do HIV. Isso mostra correlação com alguns estudos na literatura (BRASIL, 2007 a; CARDOSO et al., 2007; GIR et al., 2004; RACHID e SCHECHTER, 2000).

A maioria das mulheres informou ser solteira no momento da internação para o parto, segundo constava em seus prontuários (81,3% de mulheres do grupo A, e 57,5% de mulheres do grupo B). Havia apenas uma casada entre as mulheres do grupo A, e duas com união estável. Já no grupo B, quinze eram casadas, e vinte e duas mantinham uma relação estável com um companheiro.

Segundo alguns autores, à medida que a epidemia de AIDS vai mudando o perfil dos grupos atingidos, acometendo cada vez mais os heterossexuais, o nível de escolaridade dos pacientes vem se tornando mais baixo, e ocorre também, o processo de interiorização, para cidades de menor porte. Sendo assim, configura-se a presença de três tendências principais

da infecção pelo HIV: feminização, pauperização e interiorização (BRASIL, 2002 c; MANUAL FEBRASGO, 2004). Nesta investigação observou-se que, entre as mulheres do grupo A, 62,5% residiam em municípios no interior do Pará. Apenas 37,5%, eram residentes na capital – Belém. Porém, entre as mulheres do grupo B, a maioria residia em Belém (57,5% das mulheres), enquanto 42,5% procedia do interior do Pará. Isso demonstra que as gestantes residentes nas regiões metropolitanas, têm maior acesso aos serviços de saúde para testagem sorológica durante o pré-natal, o que lhes permite conhecer sua sorologia ainda na gestação, comparável ao estudo de SOUZA JÚNIOR et al., em 2002.

No que diz respeito à pauperização da epidemia, a escolaridade tem sido utilizada como variável indireta de situação sócio-econômica, o que veio a refletir o aumento da epidemia entre aqueles com menor escolaridade (BRASIL, 2002 c). No início da epidemia, a quase totalidade dos casos tinha escolaridade superior ou média (76% em 1985) sendo que nos anos subsequentes, houve uma tendência de aumento de casos com menor escolaridade (RAMOS FILHO et al., 2003).

No estudo, foi observado que a maioria entre as mulheres do grupo A (62,5%), apresentava grau de escolaridade de 4 a 7 anos; 18,8% de 1 a 3 anos, e 18,8% de 8 à 11 anos. Isso demonstra que mulheres com menor nível de instrução, são as que mais desconhecem sua soropositividade durante a gestação, coincidindo com trabalhos realizados em outros Estados (CARDOSO et al., 2007; CARVALHO et al., 2004; ROMANELLI et al., 2006). Mulheres com menor tempo de estudo, geralmente possuem menor nível de informação sobre a AIDS, e conseqüentemente, sua percepção da importância para a realização do teste anti-HIV, é prejudicada. Com relação às mulheres do grupo B, o mesmo percentual (44,8%), tinha escolaridade de 4 a 7 anos, e de 8 à 11 anos. 9,2% de mulheres tinham estudado de 1 a 3 anos, e apenas 1,1% tinha escolaridade superior à 11 anos. Pôde-se verificar que as gestantes do grupo B, mesmo que discretamente, possuíam maior nível de escolaridade em relação às gestantes do grupo A.

Uma outra informação investigada neste estudo, foi sobre os antecedentes obstétricos das mulheres soropositivas. A maioria das mulheres do grupo A, eram primíparas, enquanto no grupo B, predominaram as mulheres que estavam em seu segundo filho, e as múltíparas

(quatro gestações ou mais), ou seja, muitas dessas parturientes engravidaram mesmo conhecendo seu *status* sorológico positivo, assumindo o risco de infecção para seus filhos.

Um percentual de 74,7% das mulheres do grupo B, haviam realizado pré-natal completo, ou seja, acima de seis consultas, como recomenda o Ministério da Saúde. 24,1% de mulheres deste mesmo grupo informaram ter feito menos de seis consultas no pré-natal (incompleto). Com relação ao grupo A, a maioria das mulheres fizeram pré-natal incompleto (75%) e 12,5%, não realizaram pré-natal, contribuindo assim para o desconhecimento de seu estado de soropositividade na gestação. Este resultado coincide com vários estudos já realizados sobre o assunto, os quais evidenciam que mulheres sem um pré-natal adequado, geralmente não realizam sorologia anti-HIV (CAVALCANTE et al., 2004; DE LEMOS, GURGEL e DAL FABRO, 2005; MORIMURA et al., 2006).

Mulheres que não fazem pré-natal, constituem um problema de difícil resolução, pois geralmente são as mais pobres, marginalizadas e menos educadas, e que não receberam orientações para diagnóstico precoce do HIV, e conseqüente prevenção da infecção para seu filho.

Como tentativa para modificar a situação de transmissibilidade vertical do HIV, tem-se utilizado, para as gestantes, a terapia antiretroviral com Zidovudina (AZT). Seu uso reduziu consideravelmente o risco de transmissão vertical, oferecendo esperança em relação à redução do número de crianças infectadas. Por esse motivo, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda seu emprego nas maternidades a partir da 14^a semana de gestação (via oral), durante o trabalho de parto e o parto (via endovenosa), ao recém-nascido (via oral) até seis semanas de vida. (MOURA e PRAÇA, 2006).

Nesta investigação, verificou-se a realização de procedimentos para a profilaxia da TV durante a gestação. Essa análise foi feita apenas com as mulheres do grupo B. Observou-se uma boa aplicação da profilaxia ARV durante a gestação. 89,7% das mães realizaram devidamente o ARV na gravidez, contra apenas 10,3% de mães que não utilizaram. Em

92,3% dos casos, foi utilizada a monoterapia com o AZT oral. E, em 7,7% , foi utilizado AZT, combinado com outro Antiretroviral.

Durante a análise dos prontuários, verificou-se que muitas mulheres começaram a utilizar o AZT oral, bem após as 14 semanas de gestação, contrariando o que recomenda o Ministério da Saúde, que preconiza o uso a partir da 14^a semana. Isso ocorre, na maioria das vezes, devido ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, por vários motivos: falta de acesso aos serviços de saúde; baixa escolaridade da gestante ou falta de informação, que não a permite perceber a importância do exame, entre outros motivos. Porém, mulheres infectadas e diagnosticadas em qualquer estágio da gravidez deverão receber AZT para redução do risco de transmissão perinatal (SPECTOR, 2005).

Com relação ao uso de AZT endovenoso durante o trabalho de parto, pôde-se verificar que a grande maioria de gestantes, de ambos os grupos, receberam tal medicação. Seis gestantes (três de cada grupo) não receberam o AZT injetável; quatro, por já terem chegado à maternidade em período expulsivo. No prontuário de duas gestantes, não encontramos qualquer registro de uso do AZT no parto, mesmo elas não tendo chegado em período expulsivo. Orientações no pré-natal sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, são importantes para evitar que as gestantes cheguem em período expulsivo e deixem de receber o AZT injetável. Essa droga, deve ser utilizada, mesmo em mulheres que não fizeram AZT oral na gravidez (BRASIL, 2006 b). Quando comparado à outros estudos (CAVALCANTE et al., 2004; MATURANA et al., 2007; VASCONCELOS e HAMANN, 2005) o percentual encontrado neste trabalho, de mulheres que não receberam zidovudina injetável, é equivalente.

A infecção materno-infantil pelo HIV, pode ocorrer intra-útero, peri-parto e no pós-parto, porém a maior parte das transmissões ocorre no período peri-parto. Desta forma, nesta etapa, têm-se uma maior probabilidade de realizar intervenções para diminuir a taxa de transmissão. Vários estudos já demonstraram, que o parto cesáreo (quando indicado) reduz bastante o risco da transmissão do HIV para o feto, pois diminui a troca sanguínea entre mãe e feto, que ocorre no final do trabalho de parto, e evita o contato do feto com a secreção

vaginal ou cervical (GRINSZTEJN, 2002; MATURANA et al., 2007; NUNES DOS SANTOS e GOULART, 2004).

Verificou-se que do grupo A, 75% de gestantes foram submetidas ao parto cesáreo, enquanto no grupo B, foram 86,2%. As gestantes que não foram submetidas à cesariana, haviam chegado em trabalho de parto avançado à maternidade, ou com rotura prematura das membranas ovulares, o que contra-indica este procedimento.

De acordo com o Ministério da Saúde, o parto vaginal pode ser indicado à gestante soropositiva, quando a carga viral aferida após 34 semanas de gestação, for menor que 1000 cópias/ml e o conceito apresentar idade gestacional maior ou igual a 34 semanas. O parto cesáreo é indicado em todas as gestantes com carga viral maior ou igual a mil 1000/ml (aferida após 34 semanas de gestação), ou carga viral desconhecida, e feto maior ou igual a 34 semanas de idade gestacional. As cesáreas eletivas, que são aquelas indicadas antes do trabalho de parto, ou com uma dilatação cervical até 3-4 cm, e com as membranas amnióticas íntegras, devendo ser planejadas e realizadas após 38-39 semanas de gestação, em centros de referência, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia do Pará (BRASIL, 2006 b)

A taxa de transmissão através do aleitamento, é estimada em 3 à 9% por ano de aleitamento. Além disso, o risco de transmissão parece ser maior nos primeiros meses de vida. Cerca de 66% deste tipo de transmissão, ocorre nas primeiras seis semanas de vida, e 75% até seis meses de vida. O leite materno contém o vírus HIV, mas não se conhece o mecanismo de transmissão do vírus para a criança, acreditando-se que ocorra por exposição freqüente e prolongada do trato gastrointestinal ao vírus. Além disso, a aquisição de AIDS através da amamentação está relacionada ao nível da carga viral materna. A infecção pelo HIV é contra-indicação absoluta para a amamentação, e todas as mães devem ser orientadas quanto à isso na maternidade (NUNES DOS SANTOS e GOULART, 2004). Dentre os RNs das mães do grupo A, foi observado através do prontuário materno que duas crianças foram amamentadas no alojamento conjunto, mesmo sendo as mães orientadas a não amamentar. Entre as crianças do grupo B, três foram amamentadas, duas delas, irmãos gêmeos; houve recusa de uma das mães quanto ao enfaixamento das mamas, recomendado para as puérperas HIV positivas. Algumas mães têm grande desejo em amamentar seus filhos, e acabam não

aceitando a contra-indicação absoluta, comprometendo a eficácia da prevenção da doença para seus recém-nascidos.

Na maternidade, todos os RNs das mães do grupo A, receberam AZT oral, antes de oito horas de vida. Dentre os RNs das mães do grupo B, apenas 2,2% não receberam a profilaxia com AZT oral. A pesquisa em questão, mostrou resultados satisfatórios, com relação à outras literaturas, que registram índices mais elevados de não administração de AZT xarope nas primeiras horas de vida do RN (CAVALCANTE et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2005). A quimioprofilaxia deve ser administrada, de preferência, imediatamente após o nascimento (nas duas primeiras horas de vida) ou até as primeiras oito horas de vida. (BRASIL 2007 a).

A prematuridade, o baixo peso ao nascer e o primeiro gemelar, representam maior risco de transmissão perinatal do HIV (NUNES DOS SANTOS e GOULART, 2004). 12,2% das crianças de mães do grupo B, nasceram pequenos para a idade gestacional (PIG), e no grupo A, observou-se 25%.

O Ministério da Saúde recomenda que seja assegurado ao RN de mãe HIV positiva, acompanhamento por pediatra capacitado para o atendimento de crianças verticalmente expostas ao HIV. Ou seja, a criança deve ter alta da maternidade com consulta agendada em serviço especializado para esse tipo de seguimento. No presente estudo, 75% de mães do grupo A, levaram seus filhos às unidades de referência. Do grupo B, 86,2% de mães fizeram procura por essas unidades. O tempo médio de procura, foi de 41,9 dias para o grupo A e de 29,4 dias para o grupo B. Na cidade de Belém, os locais de referência para esse tipo de consultas, são: CASA DIA e Unidade de Referência Materno-Infantil e adolescente (UREMIA). 25% do grupo A, e 13,8% do grupo B deixaram de procurar atendimento especializado para seus filhos, descontinuando assim o controle da transmissão materno-infantil da AIDS.

Em comparação com trabalho realizado por Cavalcante et al., em uma capital do nordeste no período de 1999 a 2001, observou-se uma maior procura pelas unidades de referência, por parte da amostra de nosso estudo.

As crianças expostas verticalmente ao HIV, devem ser alimentadas por fórmulas infantis, que devem ser asseguradas às mães assíduas às consultas especializadas. (BRASIL, 2006 b) No presente estudo foi verificado que todas as mães do grupo B mantiveram a suspensão do aleitamento materno, alimentando seus filhos com essas fórmulas. Apenas duas mães do grupo A amamentaram suas crianças, porém isso ocorreu após resultados negativos de exames confirmatórios para o HIV, realizados por essas mães.

O uso do AZT xarope por quarenta e dois dias pelas crianças expostas, dá continuidade à profilaxia da transmissão vertical do HIV (DUARTE, QUINTANA e EL BEITUNE, 2005). Foi observado que 16,7% das crianças do grupo A e 2,7% do grupo B, não utilizaram tal medicação pelo tempo determinado. Os motivos descritos nos prontuários foram: falta de informação; não souberam administrar a droga corretamente; interromperam a medicação por conta própria. Observamos no grupo A, uma menor adesão ao seguimento da profilaxia. Provavelmente essas mães tiveram menor acesso à informação quanto à importância do controle da TV, e também, menor tempo de abordagem dos profissionais de saúde (devido descoberta tardia da infecção), diferentemente das mães do grupo B.

Dentre as mães que fizeram a procura por serviço especializado, no grupo A, 33,3% permaneceram assíduas nas consultas, e 66,7% abandonaram o serviço, antes de conhecerem o *status* sorológico de seus filhos. Do grupo B, 60% mantiveram assiduidade, e 25,3% abandonaram as consultas, no período de tempo pesquisado. É recomendado pelo Ministério da Saúde, acompanhamento mensal dessas crianças até os seis meses de vida, e trimestral, a partir do segundo semestre de vida, até que se possa confirmar o diagnóstico sorológico da infecção na criança.

A transferência transplacentária de anticorpos da classe IgG de mãe para filho, complica o diagnóstico sorológico da infecção infantil, antes dos vinte e quatro meses de vida. Métodos sorológicos como ELISA e Western Blot são imprecisos na identificação da infecção pelo HIV, em crianças menores de dois anos, pois são incapazes de discernir se os anticorpos encontrados foram produzidos pela criança ou adquiridas da mãe por via

placentária. Para dizer, se houve sororreversão, são necessárias duas sorologias negativas na criança, com idade superior a doze meses. Um resultado positivo de teste de anticorpo de HIV em crianças com dezoito meses de vida, ou mais, normalmente indica infecção (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000; SOUZA MARQUES e SAKANE, 2003).

Nas crianças que fizeram parte do estudo, verificou-se que houve a confirmação da sororreversão em 16,7% das crianças do grupo B. 83,3% das crianças desse grupo, ainda não haviam realizado a sorologia para confirmação ou não, da infecção, sendo então sua sororreversão considerada ignorada. Os motivos para a não realização da sorologia anti-HIV por essas crianças foram: abandono das consultas por parte de seus responsáveis; ou ainda não haviam atingido a idade adequada para solicitação da sorologia. Com relação às crianças do grupo A, 100% delas tiveram sorologia ignorada no período de tempo estudado, pelos mesmos motivos já citados.

Uma parcela considerável de mães, 16/103, não buscou as Unidades de referência para a continuidade das medidas de controle da TV do HIV. Dentre essas, 75% já conheciam sua soropositividade antes do parto, ou seja, pertenciam ao grupo B, e 25% souberam ser soropositivas durante internação para realização do parto. A ausência de planejamento familiar; dificuldade em realizar o pré-natal de alto risco; negação da doença - muitas das pacientes não admitem que a doença possa estar presente no ambiente familiar - falta de autocuidado e ausência de sintomatologia, são motivos comuns para a não adesão correta ao controle de transmissão materno-infantil da AIDS (CECHIM, PERDOMINI e QUARESMA, 2007)

Em relação à faixa etária dessas mães que não aderiram integralmente à profilaxia, a média de idade ficou em torno de 24 anos. Entre essas puérperas a maioria era solteira 75%, enquanto 25% mantinham união estável. A maioria dessas mães eram procedentes de outros municípios do interior do Estado do Pará, representado por 62,5%. Isso pode ter contribuído para o não seguimento nas unidades de referência, principalmente devido à dificuldade de deslocamento. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria, 56,3%, havia estudado de quatro à sete anos, ou seja, possuía baixa escolaridade. 37,5% tinham escolaridade de 8 à 11

anos. Frequentemente a baixa escolaridade está associada a menor nível de conhecimento sobre o vírus HIV.

Analisando-se a realização ou não do pré-natal por essas mães, 50% delas haviam feito pré-natal corretamente (mais de seis consultas). As outras 50% haviam feito pré-natal incompleto. Nenhuma mãe desse grupo deixou de realizar ao menos uma consulta de pré-natal. Com relação às mães do grupo B, 91,7% realizaram procedimentos para prevenção da transmissão vertical da AIDS na gestação. A totalidade dessas mulheres usou apenas AZT como procedimento profilático.

Portanto, verifica-se um paradoxo com relação às mães que fizeram uso de AZT na gravidez, porém que não buscaram as unidades especializadas para a continuação da profilaxia. Demonstra-se assim, que a falta de integração entre alguns fatores neste contexto, prejudicam o adequado manejo das crianças verticalmente expostas. Dentre os fatores, podemos citar: pouco esclarecimento por parte do profissional de saúde às gestantes soropositivas, quanto à necessidade do controle da TV com a realização de todas as medidas preconizadas; conhecimentos prévios sobre a doença; ausência de sintomatologia na criança, que faz a mãe pensar que não há nada de errado com ela, entre outros fatores, que já foram citados anteriormente.



7. CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos e os resultados encontrados, o presente estudo permitiu as seguintes conclusões:

- O número de gestantes infectadas pelo vírus HIV, que tiveram seu parto assistido na FSCMPA no ano de 2006, foi de 103.

- Em 84,5% a condição de soropositividade materna foi conhecida anteriormente à gestação ou durante o pré-natal; enquanto que em 15,5% o *status* sorológico dessas gestantes foi revelado no momento do parto.

- A grande maioria das gestantes do grupo B fez uso de AZT oral durante o pré-natal; um pequeno número de gestantes, (três do grupo A e três do grupo B) não recebeu AZT endovenoso no momento do trabalho de parto. O parto cesáreo foi realizado na maior parte das pacientes de ambos os grupos. Isso mostra, que as medidas preconizadas pelo MS para o momento do parto, estão sendo seguidas, mas que ainda existem falhas na cobertura de algumas pacientes soropositivas.

- Do total de RN's, apenas 2,2% (pertencentes ao grupo B) não receberam AZT xarope nas primeiras oito horas de vida, comprometendo a eficácia da TV nessas crianças. A suspensão do aleitamento materno não foi seguido por duas mães do grupo A e por três mães do grupo B, durante a permanência na maternidade.

- O seguimento nas unidades de referência foi feito por 75% das mães do grupo A, e por 86,2% do grupo B. O tempo médio de procura às unidades referenciadas foi de aproximadamente quarenta e dois dias para o grupo A, e trinta dias para o grupo B. Verificou-se um percentual razoável de mães que não fizeram a procura pelas unidades de referência, impedindo que todas as medidas para a profilaxia da TV fossem realizadas.

- A sororreversão foi observada em apenas treze crianças. Este dado ficou comprometido devido ao número de abandono do seguimento por algumas mães, e pelo tempo limitado da pesquisa.

- Observou-se uma alta taxa de abandono do seguimento nas unidades de referência. Seria importante a instituição ou intensificação de uma busca ativa nesses casos, a fim de garantir o acompanhamento de um maior número de crianças.

- Mães que souberam sua soropositividade na ocasião do parto, foram as que menos aderiram totalmente ao controle da TV, com uma maior taxa de não procura das unidades de referência; maior taxa de abandono às consultas, e de descontinuidade do AZT xarope para seus RN's, demonstrando que o impacto do conhecimento sorológico pode ter interferido na adesão dessas mulheres, assim como um estado de negação da doença (não aceitação).

- Com relação às mães que não procuraram as unidades de referência, a maior parte delas era solteira, do interior do estado e com baixa escolaridade. A falta de um companheiro para apoiá-las; dificuldade no deslocamento para realização das consultas mensais, assim como, dificuldades financeiras, e falta de orientação sobre a importância do acompanhamento infantil, podem ter sido decisivos quanto a não procura, de acordo com o perfil epidemiológico observado.

- Conforme a pesquisa realizada, evidenciou-se que as atuais medidas preconizadas para o controle da TV, estão sendo seguidas, tendo em vista o grande número de gestantes que realizaram a profilaxia durante a gestação, foram adequadamente assistidas no parto, e deram continuidade ao seguimento nas unidades referenciadas. No entanto, nota-se ainda uma falha na identificação da infecção pelo HIV durante a gestação, pois um número razoável de mulheres ainda chega à maternidade sem sorologia anti-HIV, apesar de fazer parte das recomendações para a profilaxia da TV, instituído pelo Ministério da Saúde.



REFERÊNCIAS

AMARAL, E.M. In: **Manual de Orientação, DST/AIDS - FEBRASGO**. São Paulo: Ponto, 2004. p.102.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Relatório do comitê de doenças infecciosas. **Red Book**. Vol. 3. 25 ed. 2000. p. 325 à 350.

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

BORGES, T.G. Síndrome da imuno-Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS). In: BASTOS, A.C. **Ginecologia**, 11ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006, cap. 20. p. 172 – 177.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST Aids. **Boletim Epidemiológico Aids** 2002;16(1). 01-14 a 52 Semanas Epidemiológicas, abril a dezembro de 2002 (a).

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Ano IV – nº 1 - 27ª - 52ª - semanas de 2006 e 01ª - 26ª de 2007 - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006 e janeiro a junho de 2007 (a).

_____. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Portaria 2104 de 19 de Novembro de 2002: institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, o Projeto Nascer-Maternidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. [DOU] nov 21; Secção 1: 25. 2002 (b).

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Programas da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Políticas e Diretrizes de Prevenção de DST/AIDS entre mulheres**. 4ª versão. Outubro de 2002 (c)

_____. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de dst e aids. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria**. 3. Ed. Brasília, DF. 2007 (b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual normativo para profissionais de Saúde – Referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar** – Brasília, DF. 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, DF. 2006 (a)

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em gestantes.** Brasília, DF. 2006 (b)

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Transmissão vertical do HIV.** 2008. Disponível em <www.aids.gov.br> Acesso em 28 fevereiro 2008.

BRITO, A.M. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol. 40 (supl): 18-22. São Paulo, abril 2006.

CARDOSO, A.J.C. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. **Revista de Saúde Pública**, vol. 41, supl. 2. São Paulo, Dezembro 2007.

CARVALHO, R.L. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Vol. 26, nº 4. Porto Alegre, 2004.

CAVALCANTE, M.S. et al. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Vol. 26, nº 2, Fortaleza 2004.

CECHIM, P.L.; PERDOMINI, F.R.I.; QUARESMA, L.M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista brasileira de enfermagem.** v.60 n.5 Brasília set./out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 01 março 2008.

Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. **Recommendations of the U.S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus.** *MMWR*. 1994;3:RR-11.

Centers for Disease Control (CDC). **Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV- 1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States.** October 12, 2006

Disponível em < <http://www.aidsinfo.nih.gov>> Acesso em 02 de Janeiro de 2008

CONNOR E.M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. For the Pediatric AIDS Trials Group Protocol 076 Study Group. **The New England Journal of Medicine.** 1994;331(18):1173-80.

DE LEMOS, L.M.D.; GURGEL, R.Q.; DAL FABRO, A.L. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** 2005; 27(1): 32-6.

DUARTE, G. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tipo-1 e gravidez. In: CUNHA, S.P.; DUARTE, G. **Gestação de alto risco.** São Paulo: Medsi, 1998. p. 227-246.

DUARTE, G.; QUINTANA, S. M.; EL BEITUNE, P. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v.27 n.12 Rio de Janeiro dez. 2005.

GIR, E. et al. A feminização da AIDS: Conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV-1. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Vol. 16 nº 3, p. 73-76, Ribeirão Preto, 2004.

GRINSZTEJN, B. Prevenção da transmissão vertical. In: MAKSUD, I.; TERTO JÚNIOR, V.; PIMENTA, M.C.; PARKER, R. **Conjugabilidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde.** Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 49 – 54.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV / AIDS & WORLD HEALTH ORGANIZATION. **AIDS epidemic update**. Geneva, UNAIDS 2002.

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

LAMBERT, J.S.; NOGUEIRA, S.A. **Manual para o acompanhamento clínico da gestante infectada pelo HIV**. 4ª Ed. Rio de Janeiro, 2002, p. 104.

LONGO, D.L.; FAUCI, A. S. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: KASPER, D. L., et al. **Harrison Medicina Interna**. 16ª edição. Volume I. Rio de Janeiro: interamericana do Brasil. p.1136.

MARQUES, H.H.S.; LATORRE, M.R.D.O.; DELLA NEGRA, M.; PLUCIENNIK, A.M.A.; SALOMÃO, M.L.M.; Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez, em São Paulo. **Revista de Saúde Pública** 2002; 36(4): p.385–92.

MATURANA, A.P. et al. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. **Arq Med ABC**. 2007; 32 (1):11-6.

MOURA, E.L.; PRAÇA, N.S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.14 n.3 Ribeirão Preto maio/jun. 2006.

MORIMURA, M.C.R.; MENDES, M.D.C.; SOUZA, A.I.; ALENCAR, L.C.A. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2006; 6 (Supl 1): S69-S76.

NADLER, J. Aids: Etiopatogenia. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**, 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005, cap. 8.

NISHIMOTO, T.M.I.; ELUF NETO, J.; ROZMAN, M.A. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. **Revista da Associação Médico Brasileira**. Jan./Feb. 2005, vol.51, no.1, p.54-60. ISSN 0104-4230.

NUNES DOS SANTOS, A.M.; GOULART, A.L. AIDS Perinatal. In: **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. Atheneu, 2004, cap. 53 p. 457 - 462

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Situación de la epidemia de Sida**, Diciembre de 2007. Ginebra. ONUSIDA 2007. p.03 e p.31.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/Aids**. 5ª edição. Rio de Janeiro: revinter, 2000. p.198

RAMOS FILHO, C.F. et al. Aids. In: CIMERMAN, S.; CIMERMAN, B. **Medicina Tropical**, São Paulo: Atheneu. 2003. p. 387 – 395.

ROMANELLI, R.M. de C. et al. Profile of HIV-infected pregnant women at a reference prenatal care service in Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 Mar 2008.

SOUZA MARQUES, H.H.; SAKANE, P.T. Infecção por vírus da Imunodeficiência Adquirida. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica**. Tomo II. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 107 – 117.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Revista de Saúde Pública**. v.38 n.6 São Paulo dez. 2004.

SPECTOR, S.A. HIV na gravidez. In: GOLDMAN; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina Interna**. 22ª edição. Elsevier. 2005. p. 1783 – 1785.

SUCCI, R. C.M. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS). In: FARHAT, C.K.; CARVALHO, L.H.F.R.; SUCCI, R. C.M. **Infectologia pediátrica**. 3ª edição. São Paulo: Atheneu. 2006. cap. 48.

VASCONCELOS, A.L.R.; HAMANN, E. M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 5, n 4. Recife, outubro/dezembro, 2005.

VOCKS-HAUCK, M. Pregnancy and HIV: therapy for mothers and prevention for neonates. In: HOFFMANN, C.; ROCKSTROH, J.K.; KAMPS, B. S.; **HIV Medicine 2007**. 15ª ed. Paris: Flying Publisher, 2007. p. 353-368. Disponível em <<http://www.hivmedicine.com>> Acesso em : 20 de Janeiro de 2008

ZAVASKY, D.M.; GERBERDING, J.L.; SANDE, M.A. Pacientes com AIDS. In: WILSON, W.R.; SANDE, M.A. et al. **Doenças infecciosas diagnóstico e tratamento (current)**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 332-333.



APÊNDICES

APÊNDICE A

PROTOCOLO DE PESQUISA A SER USADO NA FSCMPA

Formulário aplicado aos casos de diagnóstico positivo ao teste rápido para triagem do HIV (Determine) na admissão da maternidade de mães em trabalho de parto que deram à luz a nativos.

IDENTIFICAÇÃO MATERNA:

Nome (Completo):

Idade (em anos completos):

Estado civil: casada solteira união estável separada viúva (causa mortis
cônjuge) ignorado

Cidade: Belém Interior: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE MATERNA (em anos completos de estudo):

_____ ignorada analfabeta ensino fundamental 1º incompleto ensino
fundamental 1º completo ensino fundamental 2º incompleto ensino fundamental
2º completo ensino médio incompleto ensino médio completo ensino
superior incompleto ensino superior completo

ANTECEDENTES MATERNOS: usuária de drogas _____
adolescente (< 19 anos) adolescente infratora não realizou pré-natal ou pré-
natal incompleto (menos de 6 consultas local : _____). DST
associada _____

Outros : _____

DATA DA REALIZAÇÃO DO DETERMINE: ____/____/____.

AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS REALIZADAS NA MATERNIDADE QUE SÃO INDICADAS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:

- AZT no trabalho de parto: sim não (justificar: _____)
- Parto cesário: sim não* (*justificar _____)
- Suspensão do aleitamento materno: sim não*
(*justificar _____)
- Prescrição de AZT para recém-nascido iniciado nas primeiras 8 horas de
vida: sim não* (*justificar _____)

VARIAVÉIS DO RECEM-NASCIDO:

- Idade gestacional : termo pré-termo (semanas: _____) pós-termo
(semanas _____)
- Peso ao nascimento: _____ (gramas) AIG PIG GIG
- Destino RN na maternidade após o parto: ALCON Berçário UTI
neonatal
- Intercorrências durante a permanência na maternidade: não sim:
icterícia distúrbio metabólico sífilis outros: _____
- Data da alta do RN: ____/____/____

PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O RN PARA SEGUIMENTO DO CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:

Casa Dia UREMIA
 Outro _____ ignorado.

APÊNDICE B

PROTOCOLO DE PESQUISA A SER USADO NA FSCMPA

Formulário aplicado aos casos de mães encaminhadas à maternidade da FSCMPA que tiveram o diagnóstico de soropositividade para o HIV durante o pré-natal ou anteriormente à gestação, e que deram à luz a nativos..

IDENTIFICAÇÃO MATERNA:

Nome (Completo):

Idade (em anos completos):

Estado civil: casada solteira união estável separada viúva (causa *mortis* cônjuge) ignorado

Cidade: Belém Interior: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE MATERNA (em anos completos de estudo):

 ignorada analfabeta ensino fundamental 1º ciclo incompleto ensino fundamental 1º ciclo completo ensino fundamental 2º ciclo incompleto ensino fundamental 2º ciclo completo ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior incompleto ensino superior completo

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTA: _____

PARA: _____ ABORTO: _____ IGNORADO

ANTECEDENTES MATERNOS: usuária de drogas _____ adolescente (< 19 anos) adolescente infratora não realizou pré-natal ou pré-natal incompleto (menos de 6 consultas local : _____) DST associada _____

Outros : _____

EM QUAL UNIDADE DE SAÚDE REALIZOU O PRÉ-NATAL?

REALIZOU OS PROCEDIMENTOS DURANTE O PRÉ-NATAL PARA REDUZIR O RISCO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV?

Sim Não Ignorado

QUAIS OS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS DURANTE A GESTAÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO RISCO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:

uso do AZT uso do AZT e outro antiretroviral _____ ignorado

AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS REALIZADAS NA MATERNIDADE QUE SÃO INDICADAS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:

- AZT no trabalho de parto: sim não
(justificar: _____)
- Parto cesário: sim não*
(*justificar _____)
- Suspensão do aleitamento materno: sim não*
(*justificar _____)
- Prescrição de AZT para recém-nascido iniciado nas primeiras 8 horas de vida: sim não* (*justificar _____)

VARIAVÉIS DO RECÉM-NASCIDO:

- Idade gestacional : termo pré-termo (semanas:_____) pós-termo (semanas:_____)
- Peso ao nascimento: _____(gramas) AIG PIG GIG
- Destino RN na maternidade após o parto: ALCON Berçário UTI neonatal
- Intercorrências durante a permanência na maternidade: não sim: icterícia distúrbio metabólico sífilis outros:_____
- Data da alta do RN: ____/____/____

PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O RN PARA SEGUIMENTO DO CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Casa Dia UREMIA Outro _____ ignorado.

APÊNDICE C

PROTOCOLO DE PESQUISA A SER USADO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Formulário a ser preenchido na unidade de referência para onde foi encaminhado o recém-nascido de mãe que teve o seu estado sorológico diagnosticado durante o trabalho de parto na FSCMPA para controle da transmissão vertical do HIV.

NOME DA UNIDADE: Casa Dia UREMIA Outro: _____

NOME (completo) DA MÃE DO RN: _____

NOME DO RECÉM NASCIDO: _____

VARIÁVEIS AVALIADAS DURANTE A 1ª CONSULTA NA UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: ____/____/____.

DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____.

IDADE DA CRIANÇA: _____ (meses completos) _____ (dias completos)

CONDIÇÕES DO RN DURANTE A 1ª CONSULTA: sem intercorrências com intercorrência(s):

PERMANECE SEM ALEITAMENTO MATERNO: sim não ignorado

PERMANECE UTILIZANDO AZT: sim não (tratamento interrompido tratamento concluído)

CAUSA ALEGADA PARA INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO:
 desconhecida "o remédio faz mal" "acabou a medicação antes do tempo prescrito" "o remédio era ruim" não foi fornecida medicação no momento da alta na maternidade" outra: _____

A CRIANÇA RECEBEU AS MEDIDAS PROFILÁTICAS COMPLETAS PREVISTAS APÓS A ALTA NA MATERNIDADE (AZT, ALEITAMENTO ARTIFICIAL)?

sim não*(*motivo: abandono de seguimento óbito da criança mudança de domicílio ignorado outro _____)

RESULTADO DOS TESTES CONFIRMATÓRIOS PARA O HIV (RETESTE):

Mãe: Confirmado por outros testes _____ não confirmado
 ignorado

Criança: Confirmado por outros testes _____ não confirmado
 ignorado

ASSIDUIDADE NAS CONSULTAS POSTERIORES: sim faltas freqüentes
 abandono

SORO REVERSÃO DA CRIANÇA: sim (qual a idade da criança?
_____) não ignorado

DATA DO PREENCHIMENTO ____/____/____.

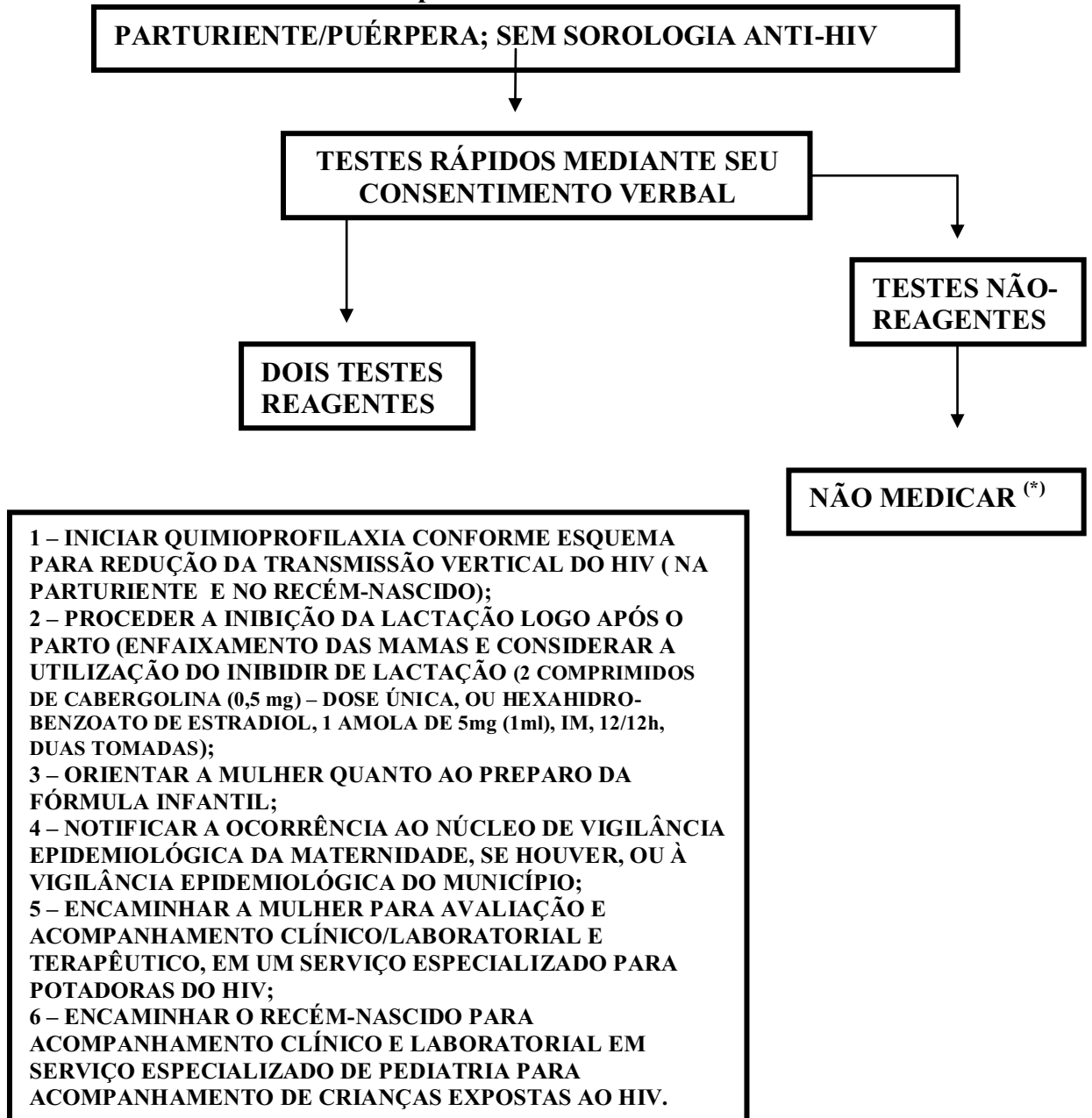
Responsável pelo preenchimento:



ANEXOS

ANEXO A

Conduas que devem ser adotadas para redução da transmissão vertical do HIV em parturientes/puérperas, sem sorologia anti-HIV no pré-natal, após resultado de teste rápido Anti-HIV.

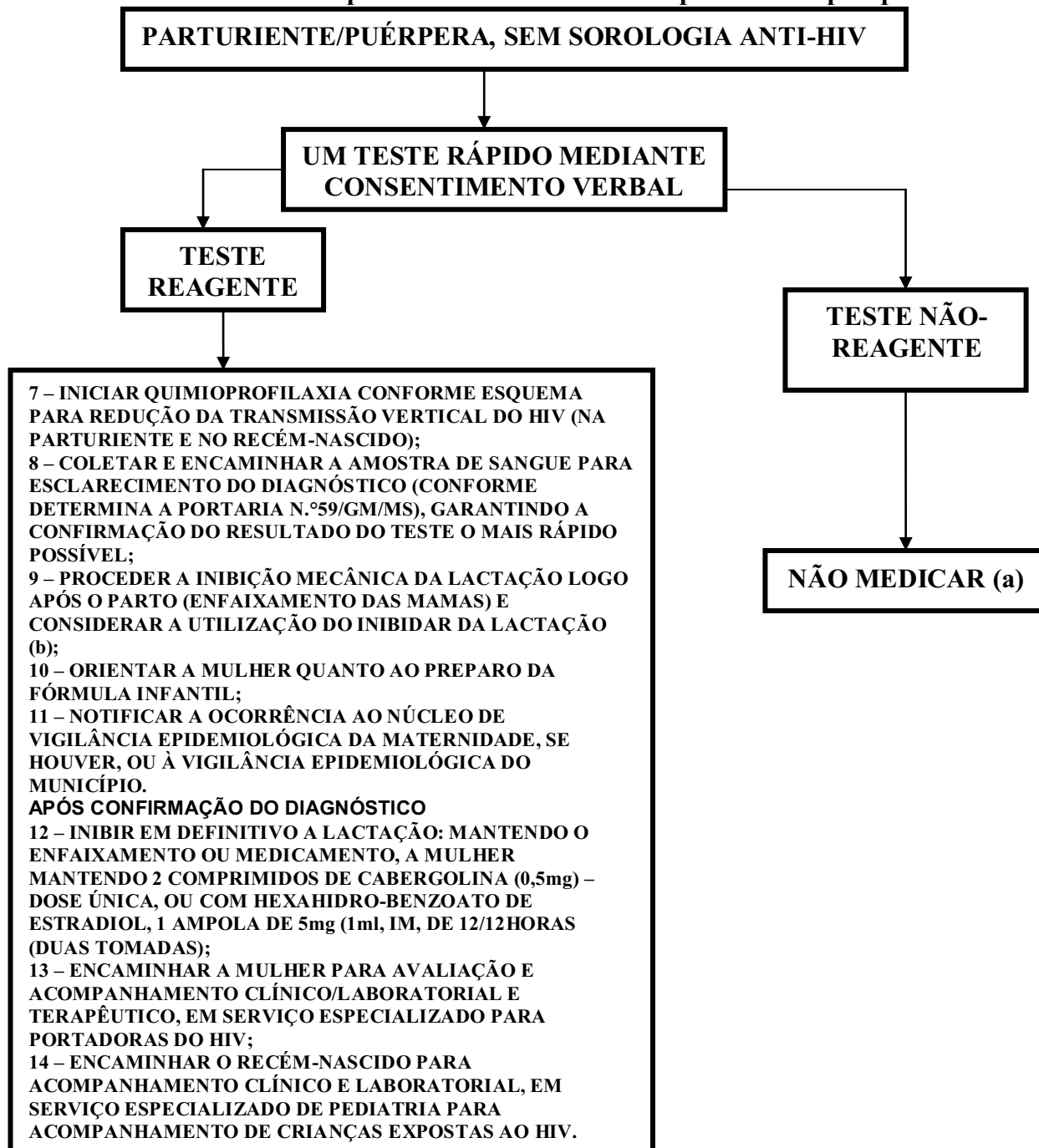


(*) INVESTIGAR A CONDIÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E, SE NECESSÁRIO (QUANDO AS EVIDÊNCIAS APONTAM PARA A POSSIBILIDADE DE VIR A SER UM RESULTADO FALSO-NEGATIVO), ENCAMINHAR A MULHER PARA REPETIR O TESTE ANTI-HIV, APÓS 30 DIAS.

OBSERVAÇÃO: SE OS TESTES FOREM REALIZADOS NA PUÉRPERA, E SEUS RESULTADOS FOREM REAGENTES, ADMINISTRAR O AZT XAROPE PARA O RECÉM-NASCIDO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL (NAS PRIMEIRAS 2 (DUAS) HORAS APÓS O NASCIMENTO) E OBSERVAR AS DEMAIS RECOMENDAÇÕES DESSE FLUXOGRAMA.

ANEXO B

Conduitas que devem ser adotadas para redução da transmissão vertical do HIV após o resultado de apenas um teste Anti-HIV em parturientes/puérperas



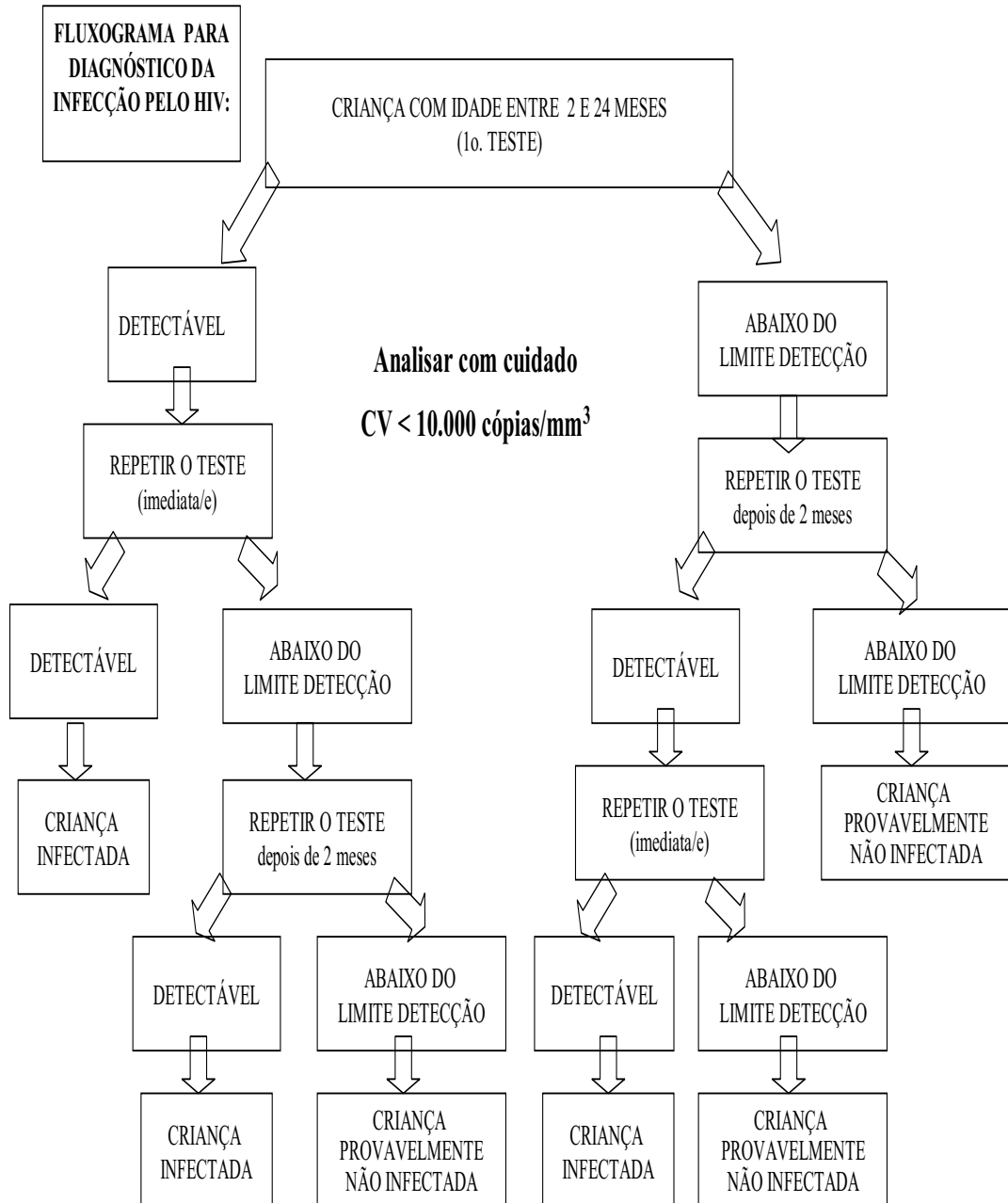
(a) INVESTIGAR A CONDIÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E, SE NECESSÁRIO, ENCAMINHAR A MULHER PARA REALIZAÇÃO DE SOROLOGIA CONVENCIONAL (CONFORME DETERMINA A PORTARIA DE N.º59/GM/MS).

(b) MEDIANTE SEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, E QUANDO AS EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS APONTAM PARA A POSSIBILIDADE REMOTA DE VIR A SER ESSE UM RESULTADO FALSO-POSITIVO;

OBSERVAÇÃO: SE O TESTE FOR REALIZADO IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO (NA PUÉRPERA), E SEU RESULTADO FOR REAGENTE, ADMINISTRAR O AZT XAROPE PARA O RECÉM-NASCIDO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL (NAS PRIMEIRAS 2(DUAS) HORAS APÓS O NASCIMENTO) E, OBESERVAR AS DEMAIS RECOMENDAÇÕES DESSE FLUXOGRAMA.

ANEXO C

Fluxograma para utilização de testes de quantificação de RNA visando a detecção da infecção pelo HIV em crianças com idade entre 2 meses e 2 anos, nascidas de mães infectadas pelo HIV



1. Manter o acompanhamento clínico nas crianças consideradas como provavelmente não infectadas, de acordo com as recomendações estabelecidas no consenso vigente sobre terapia anti-retroviral para crianças infectadas pelo HIV e fazer sorologia anti-HIV aos 2 anos de idade, conforme Portaria 488/98/SVS/MS. Caso a criança tenha sido amamentada, o presente algoritmo deve ser iniciado 2 meses após a suspensão do aleitamento materno, visando minimizar a ocorrência de resultados falso negativos.
2. Este fluxograma foi elaborado para o uso de testes de detecção quantitativa de RNA, e o resultado do exame deve expressar o valor de carga viral encontrado na amostra. Valores abaixo de 10.000 cópias/ml podem ser sugestivos de resultados falso-positivos e devem ser cuidadosamente analisados dentro de um contexto clínico.
3. Iniciar o tratamento, considerando os parâmetros clínicos e laboratoriais, de acordo com as recomendações estabelecidas no consenso vigente sobre terapia anti-retroviral para crianças infectadas pelo HIV.
4. Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostra, bem como, a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de uma nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor espaço de tempo possível.