

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

DIANA FIEL DA COSTA  
DIEGO ARAÚJO REIS

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES HIV POSITIVO NA URE-  
MIA/BELÉM-PA.

Belém  
2011

DIANA FIEL DA COSTA  
DIEGO ARAÚJO REIS

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES HIV POSITIVO NA URE-  
MIA/BELÉM-PA.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal do  
Pará, para a obtenção do grau em  
Medicina, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.  
Nara Macedo Botelho.

Belém  
2011

DIANA FIEL DA COSTA  
DIEGO ARAÚJO REIS

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES HIV POSITIVO NA URE-  
MIA/BELÉM-PA.

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

**Banca Examinadora:**

---

Orientador

---

Nome / Instituição

---

Nome / Instituição

**Aprovado em:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Conceito:** \_\_\_\_\_

Aos meus pais e irmãos, por me incentivarem a nunca desistir dos meus objetivos, ao meu anjo, que amenizou as dificuldades que encontrei e tornou esta caminhada menos árdua e a todos os pacientes que, de forma direta ou indireta, poderemos ajudar com a realização deste projeto de pesquisa.

**Diana Fiel da Costa**

A todos que contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. As avós (Lourdes e Maria) pela educação e bons modos. Aos pais, pelo amor inefável, ao irmão pela proteção, aos primos (Fernando, Thais, Izabella, Bruno e Bianca) pelo apoio desmedido e necessário. Aos tios (urubatan, Margarida, Wilton, José Fonseca, Auxiliadora, Eliana, “Zeca”, Cristina, Izabel e Luiz Reis) pelo incentivo e compreensão. Aos Amigos (Guilherme, “Garrido”, André e Heybisson) e galera do Atlético Paraense pelas piadas e companheirismo. A namorada pelos momentos maravilhosos compartilhados, e aos que vivem eternamente (“Wiltinho” e Tio “Tônico”) e que jamais serão esquecidos.

**Diego Araújo Reis**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é a maior prioridade global em saúde. A pandemia atinge a cada ano maior número de mulheres, que em 2009 já perfaziam 51% do total de portadores do vírus. No Brasil, mais de 54 mil gestantes foram infectadas de 2000 até 30/06/2010. A região Norte foi a menos acometida, no entanto o estado do Pará foi o que mais registrou casos da infecção na região. **OBJETIVOS:** o objetivo geral foi descrever aspectos clínico-epidemiológicos de mulheres HIV positivo na Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente, URE-MIA/Belém-PA. Os objetivos específicos foram descrever aspectos socioeconômicos e demográficos; verificar a prevalência de realização do pré-natal e se este foi completo ou não; constatar a forma mais comum de exposição ao HIV entre as pacientes; verificar em que época foi feito o diagnóstico da infecção, em relação à gestação e o parto; observar a prevalência de utilização de terapia antirretroviral (TARV), bem como da realização de exames complementares (CD4 e carga viral) durante a gestação e o parto; identificar as principais complicações obstétricas e a via de parto mais comum na população de estudo; comparar os dados obtidos na pesquisa com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e elaborar um protocolo de atendimento admissional para as gestantes soropositivas para o HIV que realizam pré-natal na URE-MIA. **MÉTODOS:** trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, prioritariamente descritivo, realizado com mulheres HIV positivo que tiveram filhos matriculados no setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) da URE-MIA/Belém-PA, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2010, para investigação diagnóstica ou acompanhamento da infecção pelo HIV. A coleta dos dados foi feita através dos prontuários das crianças mediante protocolo de pesquisa pré-elaborado. Foram analisadas variáveis qualitativas e quantitativas referentes apenas às mães, incluindo dados socioeconômicos, forma de contágio, pré-natal, diagnóstico, tratamento, complicações obstétricas e parto. **RESULTADOS:** entre as 278 pacientes que compõem a amostra, constatou-se que a maioria estava na faixa etária de 20 a 29 anos, declarou-se de cor parda, cursou ensino fundamental incompleto ou completo, era do lar e procedente da cidade de Belém; mais de 90% realizou pré-natal, porém apenas 35,3% destes foram completos; a via de exposição mais comum foi a sexual; 61,5% fizeram uso de TARV na gestação (apenas 3,6% destes como preconizado pelo MS) e 72,3% no parto (60,4% destes como recomendado pelo MS); 37,8% realizaram exames complementares na gestação e 5% no parto; 36% apresentaram complicações obstétricas, sendo a mais comum ameaça de abortamento (14% destes); a principal via de parto foi cesárea eletiva (40%). **CONCLUSÃO:** ainda há grande deficiência na cobertura e seguimento pré-natal de pacientes HIV positivo no estado do Pará, necessitando urgentemente de maior capacitação profissional para atender este público, adequando às recomendações do MS desde a quantidade de consultas pré-natais até o diagnóstico, tratamento e via de parto nesses casos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gravidez; Parto; HIV.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** according to the World Health Organization, the control of HIV infection is the largest global health priority. The pandemic reaches every year more women, who in 2009 were 51% of the total number of carriers of the virus. In Brazil, over 54000 pregnant women were infected from 2000 until 6/30/2010. The northern region was the least suffered, however the State of Pará was the most recorded cases of infection in the region.

**OBJECTIVES:** the overall objective of this study was to know the clinical epidemiological aspects-HIV positive women on URE-MIA/Belém-PA (Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente). The specific objectives were to describe the demographic aspects of the sample; check the prevalence of prenatal and if this was complete or not; note the most common form of exposure to HIV among patients; verify that the time was done the diagnosis of infection, in relation to pregnancy and childbirth; note the prevalence of use of antiretroviral therapy (ART), as well as conducting additional tests (CD4 and viral load) during pregnancy and childbirth; identify the major obstetric complications and the most common type of childbirth in the population of the study; compare the data obtained in the survey with what is advocated by the Ministry of Health (MOH) and draw up a protocol of admission service for HIV + pregnant women for prenatal performing in URE-MIA.

**METHODS:** this is a transversal type research, primarily descriptive, performed with HIV positive women who have had children registered in infectious and parasitic diseases (DIP) of URE-MIA/Belém-PA, in the period of January 2008 to January 2010, for diagnostic research or monitoring of HIV infection. The collection of data was done through the medical records of children by result search protocol. Were considered qualitative and quantitative variables pertaining only to mothers, including socioeconomic data, form of contagion, antenatal screening, diagnosis, treatment, obstetric complications and childbirth. **RESULTS:** between 278 patients who make up the sample, it was found that most were aged 20 to 29 years, declared himself drab, attended the incomplete or complete elementary school, was home and founded the town of Belém; more than 90% prenatal held, but only 35.3% of these were full; the most common route of exposure was the sexual; 61.5% have made use of ART in pregnancy (only 3.6% of these as advocated by MOH) and 72.3% in childbirth (60.4% of these as recommended by MOH); 37.8% additional examinations were held in gestation and 5% in childbirth; 36% have obstetrical complications, the most common being threatened abortion (14%); the main route of childbirth was elective caesarean section (40%).

**CONCLUSION:** there is still great deficiencies in coverage and prenatal follow-up of HIV-positive patients in the State of Pará, need urgently greater professional training to meet this audience, adapting the recommendations of MOH since the amount of prenatal consultations, to diagnostics, treatment and type of childbirth in these cases.

**KEY-WORDS:** Pregnancy; Childbirth; HIV.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Faixa etária de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....	<b>p. 25</b>
<b>Tabela 2</b> - Cor de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.....	<b>p. 25</b>
<b>Tabela 3</b> - Nível de escolaridade de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....	<b>p. 26</b>
<b>Tabela 4</b> - Ocupação de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....	<b>p. 26</b>
<b>Tabela 5</b> - Procedência de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....	<b>p. 27</b>
<b>Tabela 6</b> - Realização de pré-natal completo e incompleto de acordo com a procedência da gestante. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....	<b>p. 29</b>
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV anterior à gravidez de acordo com o uso de TARV durante a gestação e o parto e as medicações utilizadas. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....	<b>p. 34</b>
<b>Tabela 8</b> - Distribuição das pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV durante a gravidez de acordo com o uso de TARV na gestação e no parto e as medicações utilizadas. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.....	<b>p. 35</b>
<b>Tabela 9</b> - Distribuição das pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV durante o parto de acordo com o uso de TARV no parto e as medicações utilizadas. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.....	<b>p. 35</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Realização de consultas pré-natais de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 28**
- Gráfico 2** - Realização de pré-natal completo e incompleto por pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 28**
- Gráfico 3** - Pré-natal completo e incompleto de pacientes HIV positivo realizado na URE-MIA. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 30**
- Gráfico 4** - Pré-natal completo e incompleto de pacientes HIV positivo realizado na FSCMPA. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 30**
- Gráfico 5** - Pré-natal completo e incompleto de pacientes HIV positivo realizado em outras unidades de saúde. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.....**p. 31**
- Gráfico 6** - Forma de exposição ao HIV. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 32**
- Gráfico 7** - Época do diagnóstico de infecção pelo HIV. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.....**p. 32**
- Gráfico 8** - Utilização de TARV na gestação e/ou no parto por pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 33**
- Gráfico 9** - Pacientes HIV positivo submetidas a exames complementares durante a gestação e o parto. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 36**
- Gráfico 10** - Apresentação de complicações obstétricas por pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.....**p. 37**
- Gráfico 11** - Local de realização do parto de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.....**p. 37**
- Gráfico 12** - Via de parto de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 38**
- Gráfico 13** - Via de parto de pacientes HIV positivo que realizaram monoterapia com AZT durante a gestação. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.....**p. 39**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
1.1. OBJETIVO GERAL.....	10
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	<b>22</b>
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2. LOCAL DA PESQUISA.....	22
3.3. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA E DE ESTUDO.....	22
3.4. TAMANHO AMOSTRAL.....	22
3.5. PERÍODO DA PESQUISA.....	22
3.6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	22
3.7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
3.8. VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	23
3.9. PROCEDIMENTOS.....	23
3.10. ESTUDO ESTATÍSTICO.....	24
3.11. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	24
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o controle da infecção pelo HIV permanece como a maior prioridade global em saúde. Apesar dos progressos obtidos na prevenção de novos casos e do aumento da cobertura da terapia antirretroviral em todo mundo (de 7% em 2003 para 42% em 2008), o número de portadores do vírus continua crescendo. De 2001 a 2007, houve redução no número de novos infectados (3,2 milhões para 2,5 milhões), porém observou-se aumento no número total de portadores do vírus (29 milhões para 33,2 milhões) e de óbitos associados a aids (1,7 milhão para 2,1 milhões). Aproximadamente 68% dos 2,5 milhões de novos infectados no ano de 2007 e 76% das mortes associadas a aids neste mesmo ano foram registradas em países da África Subsaariana (BRASIL, 2007, p.1;4;7; BRASIL 2009c, p.8).

O número total de portadores do vírus passou para 33,4 milhões em 2008 e 33,3 milhões em 2009, com 15,7 milhões de mulheres e 2,1 milhões de crianças (menores de 15 anos) em 2008, aumentando para 15,9 milhões de mulheres e 2,5 milhões de crianças em 2009. O número de casos novos elevou-se para 2,7 milhões em 2008 e reduziu em 2009 para 2,6 milhões, havendo diminuição do número de óbitos associados a Aids (2 milhões em 2008 e 1,8 milhões em 2009) (BRASIL, 2009c, p.6;7;9; UNAIDS, 2010).

Só em 2009, foram registrados em todo mundo, mais de 7000 casos de infecção pelo HIV por dia, 41% entre jovens de 15 a 24 anos e 51% entre mulheres. Dos 33,3 milhões de portadores do vírus neste mesmo ano, 24,3 milhões (aproximadamente 73%) encontravam-se na África Subsaariana, onde ocorreram neste mesmo ano 1,3 milhões de óbitos associados à infecção pelo HIV (72,2% dos 1,8 milhões de mortes registrados em todo mundo). Na América Latina, eram 1,4 milhões de portadores, tendo sido registrados mais 92000 novos casos e 58000 óbitos associados à infecção (BRASIL, 2009c, p.11; UNAIDS, 2010)

No Brasil, o número de casos de aids registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) passou de 30506 em 1998 (2,4% na região Norte, 40,7% destes no estado do Pará) para 38538 em 2009 (8% na região Norte, 42,6% destes no estado do Pará). O número de óbitos relacionados à infecção pelo HIV passou de 10770 em 1998

(2% na região Norte, 51,8% destes no estado do Pará) para 11815 em 2009 (6,7% na região Norte, 54% destes no estado do Pará) (BRASIL, 2010a, p.10).

O Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, e das Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids, efetiva o Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/AIDS), o qual objetiva formular, implementar e acompanhar políticas públicas em prol desses pacientes, além de planejar e fortalecer parcerias entre as redes federal, estadual e a sociedade civil para este fim. São exemplos deste tipo de iniciativa os Hospitais-Dia, os Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), além dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009a).

Na capital paraense, a Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (URE-MIA/Belém-PA) presta atendimento às gestantes portadoras do vírus através do Programa da Gravidez de Risco, onde realizam acompanhamento pré-natal e, quando na faixa etária de 10 a 19 anos, recebem apoio psicológico, social, orientação sobre DST/aids e assistência quando de possíveis complicações gestacionais. A URE-MIA atende ainda as crianças com HIV/aids, realizando investigação diagnóstica, tratamento com medicação antirretroviral e acompanhamento psicomotor, através do Programa de Atendimento Integral às Crianças Portadoras de HIV +/AIDS (URE-MIA, 2009).

Diante da feminilização da infecção pelo HIV, do crescente acometimento de gestantes por este vírus e da ainda escassa quantidade de estudos que abordem de forma mais detalhada este tema no estado do Pará, justifica-se a realização da presente pesquisa. Através de dados obtidos em um serviço de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento de pacientes HIV positivo, a URE-MIA, supre-se, mesmo que de forma parcial, a necessidade de verificar se as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de gestantes com HIV está sendo cumprido pelas unidades de saúde do estado, em todos os seus níveis de atenção.

## **1.1 - Objetivo Geral**

Descrever aspectos clínico-epidemiológicos de mulheres HIV positivo na URE-MIA/Belém-PA.

## 1.2 – Objetivos Específicos

- Descrever dados socioeconômicos e demográficos das pacientes;
- Verificar a prevalência de mulheres que realizaram pré-natal e se este foi completo ou não;
- Verificar a mais prevalente forma da exposição ao HIV entre as pacientes;
- Verificar que parcela das pacientes realizou terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação e o parto;
- Observar a prevalência de mulheres que foi submetida a exames complementares durante a gestação e o parto;
- Identificar as mais prevalentes complicações obstétricas e a via de parto mais comum na população de estudo;
- Elaborar uma ficha de atendimento admissional para as gestantes soropositivas para o HIV que realizam pré-natal na URE-MIA.

## 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

O HIV pertence à família *Retroviridae*, gênero *Lentivirus*. É um vírus de 100 nm de diâmetro, aproximadamente, que apresenta envelope composto por duas glicoproteínas, gp120 (na superfície mais externa) e gp41; matriz proteica, formada pela proteína p17; e capsídeo, pela proteína p24. No interior do capsídeo está o material genético, duas moléculas de ácido ribonucléico (RNA), ligado às enzimas transcriptase reversa (p66 e p53), integrase, protease e às enzimas nucleocapsídicas p6 (LOPES, 2006, p. 4198, 4199; VERONESI; FOCCACIA, 2005, p.111).

Há dois tipos de Lentivírus em humanos, HIV-1 e HIV-2, sendo que o primeiro é o mais comum, com maior infectividade e patogenicidade. O HIV-1 é subdividido nos grupos M, O, N e P. O grupo M (de major), o mais comum, é composto por nove subgrupos (de A à K). No Brasil predomina o B, mas já foram registrados também os subgrupos A, C, D e F (VERONESI; FOCCACIA, 2005, p.115;117).

O ciclo celular do HIV inicia com a ligação da glicoproteína viral gp120 ao receptor CD4 da superfície de linfócitos T auxiliares, principalmente, mas também de macrófagos, células dendríticas, células da micróglia, entre outras. A gp120 sofre então uma alteração estrutural, ligando-se a receptores de quimiocinas, CCR5 e CXCR4, que são co-receptores nesse processo. Há deslocamento de gp120 e exposição de gp41 no meio extracelular, o qual sofre despolimerização, levando à fusão entre envelope viral e membrana plasmática, com entrada do RNA do vírus na célula hospedeira (DRAGIG, 1996, p.647 apud LOPES, 2006, p.4199).

Quando o RNA entra na célula, a transcriptase reversa origina, a partir dele, uma molécula de DNA dupla hélice, denominada provírus. Este se integra, então, ao material genético da célula hospedeira (através da enzima integrase), utilizando o mecanismo replicativo da célula para sintetizar RNA e proteínas necessárias à montagem de novos vírus. A enzima protease promove maturação das partículas, dotando-as de infectividade, e o vírus é então liberado por brotamento (VAISHNAV; WONG-STAAAL, 1992, p.578 apud LOPES, 2006, p.4199).

Na primoinfecção (ou infecção primária), o aumento da viremia plasmática do HIV é acompanhado de rápida diminuição no número de linfócitos T-CD4 (LT-CD4+), fenômeno atribuído ao próprio efeito citopático do vírus e/ou à redistribuição de linfócitos para outros órgãos. Um a três meses após, há síntese de anticorpos contra o vírus (soroconversão), com diminuição da viremia. A taxa de LT-CD4+ aumenta e estabiliza, nunca retornando, porém, aos níveis anteriores à infecção (GAINES et al.,1990, p.995 apud LOPES, 2006, p.4202; TINDALL;COOPER, 1991, p.1 apud LOPES, 2006, p.4202).

O número de LT-CD8+ também diminui, retornando aos níveis normais após três a quatro semanas. Segue-se a fase de latência clínica, na qual o nível plasmático de LT-CD4+ e de LT-CD8+ reduz progressivamente. Há ainda ativação de linfócitos B, com produção

descoordenada de anticorpos contra o envelope viral e as células do hospedeiro, e redução do número e da capacidade de reconhecimento e eliminação de células NK (natural-killer) (BERAL et al, 1991, p.805 apud LOPES, 2006, p.4203; ROSEMBERG; FAUCI, 1989, p.356 apud LOPES, 2006, p.4203).

A evolução para a fase de aids é favorecida pelo desequilíbrio na função dos LT-auxiliares-1 (Th1) e LT-auxiliares-2 (Th2), onde há queda nas respostas de Th1 (hipersensibilidade tardia e ativação de macrófagos) e aumento nas respostas de Th2 (produção de anticorpos) com a progressão da infecção. Nesta fase, a viremia plasmática volta a aumentar, atingindo níveis semelhantes aos do início da infecção, e a quantidade de vírus no interior dos linfonodos diminui (CLERICI; SHEARER, 1993, p.107 apud LOPES, 2006, p.4203; LOPES, 2006, p.4203).

Para fins de vigilância epidemiológica, apenas casos de aids são notificados no Brasil. Dados acerca de infecção pelo HIV, seja confirmada ou suspeita, correspondem somente a gestantes, conceptos e recém-nascidos, devido aos benefícios que o tratamento precoce possibilita ao prognóstico dessas crianças, permitindo ainda melhor acompanhamento da transmissão vertical do HIV no país. Nesse contexto, são consideradas expostas, devendo ser investigadas e notificadas, todas as crianças que foram amamentadas por soropositivas ou lactantes com suspeita de portar o vírus (BRASIL, 2009a).

Do ano de 2000 até 30 de junho de 2010, foram notificados no Brasil 54.218 casos de gestantes com infecção pelo HIV, a maior parte deles nas regiões Sul e Sudeste (75,6%). Foram 2.754 casos na região Norte (aproximadamente 5% do notificado no país), sendo 1.179 destes (42,8%) somente no estado do Pará. Neste período, a faixa etária de gestantes mais acometida foi a de 20 a 29 anos, sempre correspondendo a mais de 50% das notificações de cada ano, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos (BRASIL, 2010a, p.40; 41).

Quanto ao grau de instrução, neste mesmo período, prevaleceram gestantes HIV positivo com quatro a sete anos de escolaridade (com taxa anual mínima de 35%, observada no primeiro semestre de 2010, e máxima de 39,4%, em 2004), seguida pelas pacientes com oito a 12 anos de estudo (com taxa anual mínima de 16,2%, verificada em 2001 e 35,4%, no primeiro semestre de 2010). Em relação à cor, prevaleceram as pacientes que se declararam

brancas (45,2% de todos os casos registrados neste mesmo período), seguidas pelas que se declararam pardas (28,8%) (ibid., p.42).

O pré-natal de gestantes HIV positivo pouco diverge do pré-natal comum, ambos devem ser iniciados precocemente (no primeiro trimestre). Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas para que seja considerado completo, preferencialmente uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, antecedentes clínico-cirúrgicos, ginecológicos e obstétricos e além dos antecedentes familiares e da situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguida por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2006, p.25).

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, obrigatoriamente o teste deve ser oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV, sendo repetida no início do terceiro trimestre gestacional (teste rápido), mediante aconselhamento e consentimento da paciente. São poucas as gestantes que se recusam a realizá-lo após aconselhadas e cientes das vantagens da realização do O serviço de referência deve assegurar a privacidade da portadora, destacar o atendimento objetivo e estimular a fala da mesma. É preciso verificar se o significado do resultado positivo do teste foi compreendido, além de enfatizar a necessidade de testagem no parceiro (BRASIL, 2004, p.24; BRASIL, 2006a, p.23; BRASIL, 2010b, p.93)

Quanto às formas de contágio mais comuns, as práticas sexuais são a mais importante via de transmissão do HIV, desde que o vírus foi identificado, sendo o sexo anal desprotegido o que representa maior risco. A transmissão sexual do vírus do homem para a mulher é considerada, por questões biológicas, econômicas, sociais e culturais, oito vezes mais

eficiente do que a transmissão da mulher para o homem, enfatizando a maior vulnerabilidade do sexo feminino em relação ao contágio por esta via. Também em relação às gestantes, as relações sexuais sem o uso de métodos anticoncepcionais de barreira são a forma de contágio mais comum, seguida pelo uso de drogas endovenosas. As primeiras, além da exposição a variantes resistentes do vírus e da aquisição de outras doenças sexualmente transmissíveis, aumentam o risco de reinfecção pelo próprio HIV (acarretando aumento na carga viral). O uso de drogas ilícitas acarreta dano vascular placentário, aumentando a permeabilidade da placenta e, conseqüentemente, o risco de passagem do HIV e de transmissão intraútero (BRASIL, 2010, p.42; VERONESI; FOCCACIA, 2005, p.130-131).

A patogênese da transmissão vertical do HIV relaciona-se a múltiplos fatores, além da prática sexual desprotegida, entre os quais se destacam fatores virais, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo viral; fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST e outras co-infecções e o estado nutricional da mulher; fatores comportamentais, como o uso de drogas; fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto; fatores inerentes ao recém-nascido, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e fatores relacionados ao aleitamento materno (BRASIL, 2006b, p.55).

No Brasil, para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, somente podem ser utilizados testes registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde. Um dos critérios para registro desses testes é que eles possuam 100% de sensibilidade e pelo menos 99,5% de especificidade em avaliação laboratorial realizada pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2007/2008, p.8).

Os testes para detectar anticorpos anti-HIV podem ser classificados como ensaios de triagem (desenvolvidos para detectar todos os indivíduos infectados) ou ensaios confirmatórios (desenvolvidos para identificar os indivíduos que não estão infectados, mas têm resultados reativos nos ensaios de triagem). Os testes de triagem possuem um alto grau de sensibilidade, enquanto os testes confirmatórios possuem um alto grau de especificidade (ibid, p.10).

Segundo a Portaria nº 2.444, de 14 de outubro de 2009, para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV a partir dos 18 meses de vida é exigido o cumprimento rigoroso dos seguintes procedimentos em sequência. As amostras podem ser de soro, plasma, sangue total ou sangue seco em papel-filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que preconiza o fabricante do teste a ser utilizado, sendo o diagnóstico da infecção pelo HIV habitualmente realizado com base na detecção de anticorpos anti-HIV e/ou na detecção do antígeno (BRASIL, 2010b, p.26; 27).

As amostras devem ser submetidas inicialmente a um teste de triagem capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O, e anticorpos anti-HIV-2. Nessa etapa, poderão ser utilizados, ainda, testes que combinem a detecção simultânea de antígenos e anticorpos, como o ensaio imunoenzimático (ELISA), ensaio imunoenzimático de micropartículas (MEIA), ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações (EQL), ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima (ELFA), ensaio imunológico quimioluminescente magnético (CMIA) ou testes rápidos (imunocromatografia, aglutinação de partículas em látex ou imunocentrifugação) (ibid., p.27).

Os testes não reagentes são definidos como “amostra não reagente para o HIV” e o diagnóstico da infecção é excluído, não havendo necessidade de realização de nenhum teste adicional, exceto pela suspeita de soroconversão (janela imunológica). Caso ainda exista suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da primeira. Caso seja reagente, é preconizada uma nova etapa de testagem. A amostra com resultado reagente no primeiro teste (agora denominado Etapa I) deverá ser submetida, portanto, à Etapa II, cujos testes são a imunofluorescência indireta (IFI), imunoblot (IB) e imunoblot rápido (IBR) (ibid., p.28).

Diante de resultado reagente também na Etapa II, o teste será considerado como “amostra reagente para HIV” e será necessária a coleta de uma segunda amostra para a comprovação deste resultado. Após a coleta, essa segunda amostra deverá ser encaminhada ao laboratório o mais rapidamente possível e submetida somente à Etapa I. Se o resultado deste teste com a segunda amostra for também reagente, o laudo deverá ser liberado como “amostra reagente para HIV” e neste caso, o diagnóstico estará confirmado (ibid., p.29).

Um resultado reagente no teste da Etapa I e não reagente ou indeterminado no teste da Etapa II gera um resultado indeterminado, que pode ser obtido em pacientes que estão na fase de soroconversão, com quantidade de anticorpos que os testes ainda não conseguem detectar. No caso de gestantes com resultados indeterminados na primeira amostra há ainda a possibilidade de solicitação especial da coleta de uma nova amostra para biologia molecular, a fim de auxiliar no diagnóstico. Caso o resultado da segunda amostra persista indeterminado, o laudo é liberado como “amostra indeterminada para HIV”, juntamente com o resultado da carga viral ou testes de biologia molecular (pesquisa do DNA pró-viral), quando disponíveis. Nesses casos deve ser analisada, em conformidade com a gestante, a indicação da transmissão vertical do HIV (ibid., p.30).

A gestante infectada pelo HIV é considerada pelo MS como gestante de alto risco, por apresentar uma doença infecciosa que coloca em risco a vida e a saúde da mãe e do feto. O controle pré-natal nesse grupo de gestantes apresenta uma abordagem diferenciada em relação aos exames complementares, bem como ao acompanhamento conjunto por infectologista e obstetra capacitado no manejo clínico de gestantes infectadas pelo HIV (BRASIL, 2005, p.36).

Em relação à terapia antirretroviral (TARV), o Ministério da Saúde (MS) recomenda que, inicialmente, sejam fornecidas às gestantes informações claras acerca do significado dos exames complementares (contagem de linfócitos CD4+ e carga viral), da importância e necessidade da adesão à terapia, dos objetivos do tratamento, além dos mecanismos de ação e possíveis efeitos adversos das medicações que serão utilizadas (BRASIL, 2010b, p.68).

Gestantes assintomáticas, com contagem de linfócitos CD4+ maior ou igual a 350 células/mm<sup>3</sup> não necessitam de tratamento de infecção e o objetivo da TARV é apenas a profilaxia da transmissão vertical do HIV, que deve ser iniciada entre a 14<sup>a</sup> e a 28<sup>a</sup> semana de gestação e suspensa, se a paciente assim permanecer, após o parto. Caso o diagnóstico seja estabelecido após este período, a TARV deve ser iniciada imediatamente, mesmo que ainda não se tenha o resultado dos exames complementares (ibid., p.68; 69).

Em casos específicos, a TARV deve ser iniciada em pacientes assintomáticas que tenham contagem de linfócitos CD4+ entre 350 e 500 células/mm<sup>3</sup>, a exemplo de pacientes com carga viral maior do que 100 mil cópias/ml, naquelas com 55 anos ou mais, as que apresentem doença cardiovascular, coinfeção pelo vírus da hepatite B (quando houver

indicação para tratamento desta), coinfeção pelo vírus da hepatite C, neoplasias e nefropatia pelo HIV (ibid., p.70).

Já as gestantes sintomáticas e/ou com contagem de linfócitos CD4+ menor do que 350células/mm<sup>3</sup> tem indicação de tratamento para infecção pelo HIV, sendo este o objetivo da TARV nesses casos. A terapia deve ser iniciada imediatamente, em qualquer idade gestacional, e mantida, se a paciente assim permanecer, após o parto (ibid., p.69).

Seja como profilaxia da transmissão vertical do HIV ou como tratamento da infecção, a TARV utilizada deve ser composta por três medicamentos de duas classes diferentes (a chamada terapia tríplice). Comumente, prefere-se a associação de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITRN e ITRNt) com um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeos (ITRNN) ou com um inibidor de protease (IP). Outras classes de medicamentos antirretrovirais, como os inibidores de fusão (a exemplo da enfuvirtida) e os inibidores de integrase (como o raltegravir) são contraindicados na gestação e no parto (ibid., passim).

Entre a classe dos ITRN, associação de zidovudina (AZT) com lamivudina (3TC) é a mais utilizada, podendo o AZT ser substituído pela didanosina entérica (ddI EC) ou pela estavudina (d4T). Outro ITRN, o tenofovir, é contra-indicado na gestação e no parto, devido à escassez de estudos que comprovem a sua eficácia nesses casos, assim como a associação ddI/d4T, que pode levar à acidose láctica (ibid., p.72).

Já entre os ITRNN, o medicamento de escolha é a nevirapina (NVP), apesar do maior risco de hepatotoxicidade em pacientes com linfócitos CD4+ maior ou igual a 250células/mm<sup>3</sup> ou com hepatopatia. Outra droga desta classe, o efavirenz (EFZ), é contraindicada na gestação e no parto devido ao seu potencial teratogênico (ibid., p.72; 73).

Entre os IP, a droga mais utilizada como TARV em gestantes é o lopinavir (LPV), sempre em associação com o ritonavir (r), um adjuvante farmacológico que mantém os seus níveis séricos elevados por mais tempo, diminuindo o risco de mutações virais que confirmam resistência ao fármaco. Outros IP menos utilizados são o saquinavir (SQV), devido à sua hepatotoxicidade, o indinavir, pelo maior risco de nefrolitíase na gestante e no concepto, o

atazanavir (ATV) e o fosamprenavir (FPV), pela escassez de estudos que comprovem sua segurança na gravidez (ibid., p.74).

Portanto, a principal associação de medicamentos utilizada como TARV na gravidez é AZT + 3TC + LPV/r. Já durante o parto, o MS recomenda que tanto a gestante sabidamente HIV positivo quanto aquelas cujo diagnóstico foi estabelecido por teste rápido no parto, recebam AZT endovenoso, desde o diagnóstico, em caso de parto vaginal ou cesárea após trabalho de parto, ou de três horas antes da cesariana eletiva até o clampeamento do cordão umbilical. Estão contra-indicados todos os procedimentos invasivos durante a gestação, o trabalho de parto e o parto (amniocentese, cordocentese, amniotomia, escalpo cefálico, uso de fórceps e vácuo-extrator). A episiotomia deve ser evitada sempre que possível (BRASIL, 2006a, p.96; BRASIL, 2010b, p.75; 77).

A *Food and Drug Administration* (FDA) classifica os medicamentos quanto a sua segurança para uso durante a gravidez em cinco categorias. Categoria A: Estudos adequados e bem controlados em gestantes não demonstram risco para o feto durante o primeiro trimestre da gestação (e não há evidência de risco nos trimestres subsequentes); B: Estudos de reprodução em animais não demonstram risco para o feto; porém, estudos adequados, e bem controlados em gestantes não foram realizados; C: A segurança na gestação humana não foi determinada; estudos em animais ou são positivos para o risco fetal ou ainda não foram realizados, e o medicamento não deve ser utilizado a não ser que o potencial benefício seja maior que o potencial risco para o feto; D: Evidência positiva de risco para o feto humano baseada em dados de reações adversas em experiências investigacionais ou mercadológicas. Contudo, é possível que potenciais benefícios da utilização do medicamento em gestantes sejam aceitáveis, apesar dos potenciais riscos; e categoria X: Estudos em animais ou relatos de reações adversas indicaram que o risco associado à utilização do medicamento é muito maior que qualquer eventual benefício. Entre os ITRN, segundo o FDA, são de categoria B: ddl e TFV; categoria C: AZT, 3TC e d4T. Entre os ITRNN, categoria B: NVP; categoria D: EFZ. Entre os IP, categoria B: AZV e SQV; categoria C: LPV/r, FPV e indinavir (ibid., p.60; 61).

Quanto às complicações obstétricas, estas apresentam prevalência semelhante às em encontradas em gestantes não infectadas pelo HIV, e o manejo deve ser semelhante, independente do status sorológico. No entanto, é necessário realizar o diagnóstico diferencial

de algumas patologias, como pré-eclampsia, síndrome HELLP, colestase hepática e insuficiência hepática aguda, com os possíveis efeitos adversos associados ao uso dos medicamentos antirretrovirais (ABEYÁ, 2004, p.385).

Em relação à via de parto, a cesárea eletiva é a preconizada na maioria dos casos de pacientes HIV positivo. A cesárea é dita eletiva quando realizada antes do início do trabalho de parto, com as membranas corioamnióticas ainda íntegras. Está indicada para as gestantes que apresentem carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou desconhecida após 34 semanas de gestação, para as que não realizaram terapia tríplice durante a gestação e ainda para as pacientes que estão em fase inicial do trabalho de parto (dilatação cervical inferior a 3-4cm, membranas corioamnióticas íntegras ou com tempo de ruptura de menos de duas horas), com carga viral desconhecida e sem uso de TARV na gestação. Deve ser realizada preferencialmente na 38ª semana de gravidez, para que se evite a prematuridade, o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas corioamnióticas. A gestante portadora do HIV pode entrar em trabalho de parto uma a duas semanas antes da data esperada, por isso as pacientes devem ser informadas desta possibilidade e instruídas a se dirigirem para a maternidade o mais rápido possível caso entrem em trabalho de parto ou se houver ruptura das membranas (BRASIL, 2010b, p.102; 103).

Em mulheres com carga viral inferior a 1.000 cópias/ml, a definição da via de parto poderá ser discutida conjuntamente com a gestante, pois nessas condições o tipo de parto não altera o risco de transmissão vertical do HIV. Para as gestantes que chegam à maternidade em trabalho de parto e que não fizeram TARV durante a gestação, a indicação da via de parto deve levar em consideração a fase do trabalho de parto em que se encontra a parturiente e o prognóstico do tempo de evolução para parto, assim como a probabilidade de intercorrências (ibid.).

Quando o trabalho de parto está em franca evolução, com mais de 4cm de dilatação do colo uterino, rotura de membranas há mais de duas horas, com prognóstico de nascimento rápido, deve ser indicado parto vaginal. Se o trabalho de parto estiver em sua fase inicial, a cesariana deve ser indicada imediatamente, para reduzir o risco de transmissão vertical do HIV. Na indicação da cesárea eletiva, se deve considerar ainda sua maior morbidade (decorrente de infecção, hemorragia e trombose) quando comparada ao parto vaginal. O

desejo da mãe também pode ser considerado, após seu esclarecimento quanto aos riscos e benefícios da via de parto escolhida (BRASIL, 2006a, p.48; BRASIL, 2010b, p.103).

Deve-se evitar que as parturientes portadoras do HIV permaneçam com bolsa rota por mais de 4 horas, ou em trabalho de parto prolongado, visto que a taxa de transmissão aumenta progressivamente após 4 horas de bolsa rota (cerca de 2% a cada hora até 24 horas), devendo, portanto, ser indicado o uso de ocitócitos na condução do trabalho de parto, respeitando as contra-indicações para seu uso e o correto manuseio. Após a expulsão do feto deve-se realizar, sem ordenha, o clampeamento imediato do cordão umbilical. Não há necessidade de se isolar a paciente portadora do HIV (BRASIL, 2006a, p.48).

Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil, as pessoas que vivem com HIV, assim como todo e qualquer cidadão, têm obrigações e direitos garantidos. No seu artigo 196, por exemplo, está previsto que "saúde é direito de todos e dever do Estado". Em 1989, durante o ENONG (Encontro Nacional de ONG que trabalham com Aids), em Porto Alegre, foi elaborada e aprovada a "Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da aids", que prevê (BRASIL, 2009b):

I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a Aids. Os portadores do vírus têm direitos a informações específicas sobre sua condição.

II - Todo portador do vírus da Aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.

III - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.

Desde 2000, é obrigatória a notificação de casos de gestantes HIV positivo e de crianças expostas no país, em conformidade com a Lei 6259 de 30/10/1975 e a Portaria nº 05 de 21/02/2006, a fim de subsidiar o acompanhamento e a análise da situação da epidemia de HIV/aids no Brasil. A identificação precoce do status sorológico da gestante é primordial para o início das ações assistenciais voltadas para o controle da transmissão vertical do HIV (ANEXO B).

### **3 - CASUÍSTICA E MÉTODOS**

#### **3.1 - TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa observacional, do tipo transversal, prioritariamente descritiva.

#### **3.2 - LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (URE-MIA) de Belém, Pará.

#### **3.3 - POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA E DE ESTUDO**

A população de referência foi constituída por todas as mulheres que tiveram filho matriculado no setor de DIP da URE-MIA/Belém-PA, no período de estudo (janeiro de 2008 a janeiro de 2010), para investigação diagnóstica ou acompanhamento da infecção pelo HIV, perfazendo um total de 324 pacientes.

#### **3.4 - TAMANHO AMOSTRAL**

A amostra foi constituída por 278 pacientes, que obedeciam aos critérios de inclusão do estudo.

#### **3.5 - PERÍODO DA PESQUISA**

A pesquisa abrangeu os meses de janeiro de 2008 a janeiro de 2010.

#### **3.6 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram inclusas na pesquisa mulheres com filhos matriculados no setor de DIP da URE-MIA/Belém-PA entre os meses de janeiro de 2008 a janeiro de 2010.

### 3.7 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os prontuários não disponíveis para revisão no período de coleta de dados, após duas visitas consecutivas à URE-MIA, os não preenchidos, aqueles de crianças cujo diagnóstico materno de infecção pelo HIV ainda não havia sido confirmado e prontuários em que apenas a criança apresentava o vírus, mas não a mãe, como nas vítimas de violência sexual, acidente com material perfuro-cortante sabidamente contaminado ou ainda crianças que foram amamentadas por paciente HIV positivo, perfazendo um total de 46 prontuários excluídos.

### 3.8 - VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis estudadas a partir dos protocolos de pesquisa foram dados socioeconômicos, como faixa etária, cor e escolaridade, além de ocupação e procedência das pacientes; história pré-natal, incluindo o número de consultas pré-natais (considerando-se como pré-natal completo a realização de seis consultas ou mais e incompleto, uma a cinco consultas, de acordo com o Ministério da Saúde), bem como o local de realização deste; período de diagnóstico da infecção pelo HIV (antes ou durante a gravidez, durante ou após o parto); forma de exposição ao vírus, por contato sexual, parceiro HIV positivo, transfusão sanguínea, uso de drogas endovenosas, entre outros; exames complementares solicitados durante a gestação e parto, especificamente dosagem de linfócitos CD4 e carga viral; terapia antirretroviral, evidenciando as medicações utilizadas e a época deste uso (se durante a gestação e/ou o parto); complicações obstétricas; e parto, que englobou a via de parto (se vaginal, cesárea eletiva, cesárea após trabalho de parto) e a realização de episiotomia. Todos os dados referiram-se às mães das crianças matriculadas no setor de DIP da URE-MIA no período da pesquisa.

### 3.9 – PROCEDIMENTOS

Os prontuários das próprias mulheres matriculadas na URE-MIA/Belém-PA não puderam ser utilizados na pesquisa devido ao mau preenchimento dos mesmos, com informações insuficientes para a realização do estudo, letras ilegíveis, além da ausência de uma ficha padronizada para a admissão das pacientes que realizam pré-natal na Unidade. Assim sendo, a coleta de dados só pode ser realizada pelos autores do estudo mediante

consulta aos prontuários dos filhos dessas pacientes, matriculados no setor de DIP da URE-MIA/Belém-PA no período da pesquisa para investigação diagnóstica ou acompanhamento da infecção pelo HIV, pois este setor apresenta prontuários com informações mais acessíveis, letras legíveis, e ainda uma ficha padronizada (ANEXO C) para a primeira consulta das crianças, que foi utilizada como base para a criação do protocolo desta pesquisa (APÊNDICE A). Esta ficha foi preenchida por profissionais da enfermagem com informações fornecidas pelo acompanhante da criança, geralmente a própria mãe.

### 3.10 - ESTUDO ESTATÍSTICO

Os resultados obtidos são apresentados utilizando-se gráficos e tabelas confeccionados nos programas Microsoft Excel<sup>®</sup> 2007 e Microsoft Word<sup>®</sup> 2007.

### 3.11 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará em 05 de novembro de 2009 e aprovado pelo mesmo na reunião do dia 22 de dezembro de 2009, com parecer número 139/09 (ANEXO D).

## 4 - RESULTADOS

De um universo de 324 prontuários, correspondentes as matrículas de crianças no setor de DIP da URE-MIA, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2010, quatro não foram encontrados em duas visitas consecutivas ao local e 42 foram excluídos por não terem sido preenchidos ou pelo diagnóstico materno de infecção pelo HIV ainda não ter sido confirmado ou por apenas a criança apresentar o vírus, mas não a mãe, como nas vítimas de abuso sexual ou de acidente com material perfuro-cortante sabidamente contaminado ou ainda crianças que foram amamentadas por paciente soropositiva para o HIV. Portanto, foram excluídos ao total 46 prontuários, restando os 278 que compõem a amostra do estudo.

De acordo com os dados obtidos no protocolo de pesquisa, a amostra compreende pacientes na faixa etária de 20 a 29 anos em sua maioria (61,5%), com média de 26 anos

aproximadamente, idade mínima de 14 anos e máxima de 48. Os dados são expostos na tabela 1, abaixo.

**TABELA 1** – Faixa etária de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
13 – 19	41	14,7
20 – 24	75	27
25 – 29	96	34,5
30 – 34	34	12,3
35 – 39	20	7,2
40 – 49	11	04
50 – 59	0	0
60 OU MAIS	0	0
IGNORADO	01	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

Em relação à cor, a maioria das pacientes declarou-se parda (80,5%), como mostra a tabela 2, a seguir.

**TABELA 2** – Cor de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

<b>COR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
BRANCA	27	9,7
PRETA	14	5,2
AMARELA	0	0
PARDA	224	80,5
INDÍGENA	0	0
IGNORADO	13	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

Quanto à escolaridade, observou-se que quase metade (44,6%) cursou ensino fundamental incompleto, conforme a tabela 3, a seguir.

**TABELA 3** – Nível de escolaridade de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ANALFABETA	03	01
E. F. I. <sup>1</sup>	124	44,6
E. F. C. <sup>2</sup>	54	19,5
E. M. I. <sup>3</sup>	37	13,3
E. M. C. <sup>4</sup>	36	13
E. S. I. <sup>5</sup>	04	1,4
E. S. C. <sup>6</sup>	04	1,4
IGNORADO	16	5,8
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Ensino Fundamental Incompleto.

2: Ensino Fundamental Completo.

3: Ensino Médio Incompleto.

4: Ensino Médio Completo.

5: Ensino Superior Incompleto.

6: Ensino Superior Completo.

No que se refere à ocupação, a maioria (68,4%) declarou-se “do lar”, como mostra a tabela 4, a seguir.

**TABELA 4** – Ocupação de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DO LAR	190	68,4
ESTUDANTE	25	09
AUTÔNOMA	17	6,1
OUTROS <sup>1</sup>	29	10,4
NC*	17	6,1
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Balconista (1,4%), empregada doméstica (2,6%), comerciante (1,7%), serviços gerais (1%), já falecida (1%), funcionária pública (0,6%), professora (0,6%), agricultora (0,6%), auxiliar administrativa (0,3%), agente de saúde (0,3%), psicóloga (0,3%).

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

Observa-se, ainda, que quase metade das pacientes (47,5%) é proveniente da cidade de Belém, seguida por outras cidades do estado do Pará, além de duas pacientes provenientes de outros estados da federação, Amapá e Maranhão, conforme a tabela 5, a seguir.

**TABELA 5** – Procedência de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

<b>PROCEDÊNCIA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
BELÉM	132	47,5
ANANINDEUA	17	6,1
CASTANHAL	12	4,3
PARAGOMINAS	11	04
BARCARENA	10	3,6
TAILÂNDIA	10	3,6
OUTROS <sup>1</sup>	77	27,7
OUTROS ESTADOS <sup>2</sup>	02	0,7
NC*	07	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

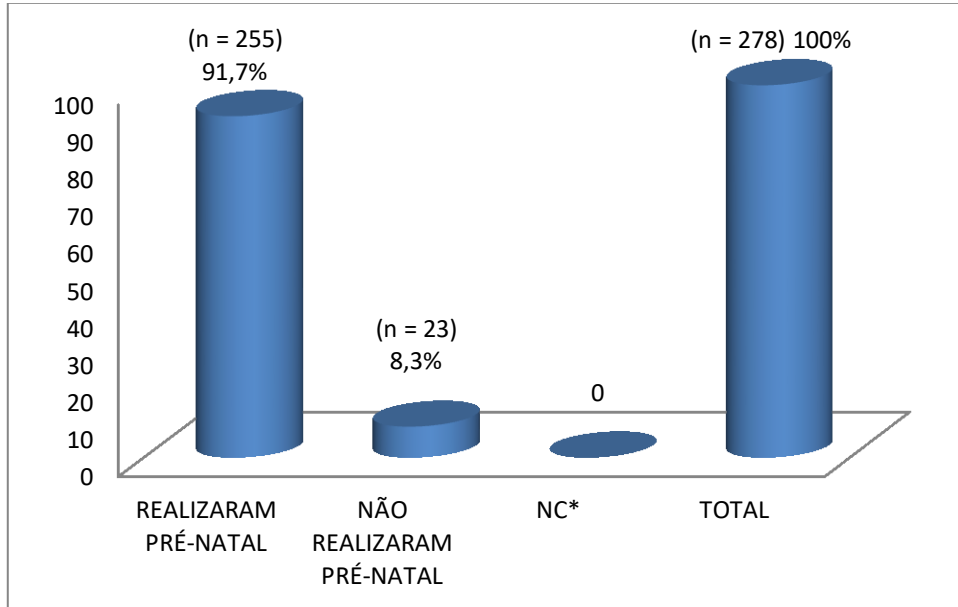
**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Outros Municípios do Estado do Pará: Curuçá (2%), Parauapebas (1,8%), Abaetetuba (1,8%), Moju (1,4%), Salvaterra (1,4%), Igarapé-Mirim (1,4%), Igarapé- Açú (1,4%), São Felix do Xingú (1,4%), Marituba (1%), Vigia (1%), Cameté (1%), Eldorado dos Carajás (1%), São Miguel do Guamá (0,7%), São Domingos do Capim (0,7%), Bujaru (0,7%), Quatipuru (0,7%), São Caetano de Odivelas (0,7%), Ourilândia do Norte (0,7%), Acará (0,3%), Muaná (0,3%), Santa Bárbara (0,3%), Garrafão do Norte (0,3%), Capitão Poço (0,3%), Maracanã (0,3%), Marudá (0,3%), São João de Pirabas (0,3%), São Francisco do Pará (0,3%), Mocajuba (0,3%), Benevides (0,3%), Dom Elizeu (0,3%), Capanema (0,3%), Cachoeira do Arari (0,3%), Tomé-Açú (0,3%), Curionópolis (0,3%), Terra Alta (0,3%).

2: Outros Estados da Federação: Amapá (0,3%), Maranhão (0,3%).

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

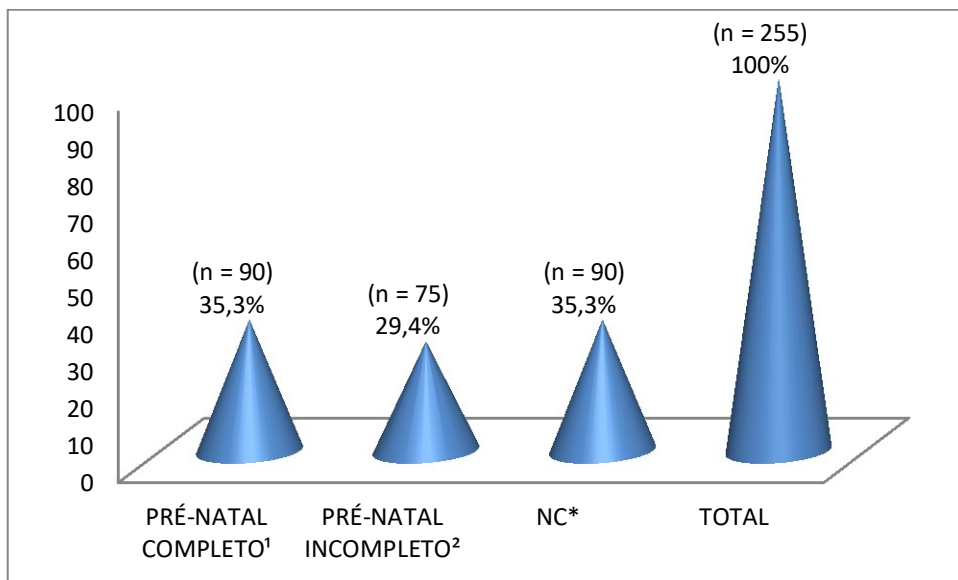
Quanto à cobertura pré-natal, observou-se que 91,7% das pacientes realizaram pelo menos uma consulta, sendo que apenas 35,3% destas fizeram pré-natal completo, com seis consultas ou mais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Os dados são expostos nos gráficos 1 e 2, a seguir.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 1** – Realização de consultas pré-natais de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Seis ou mais consultas.

2: Uma a cinco consultas.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 2** – Realização de pré-natal completo e incompleto por pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

Observou-se que a taxa de realização de pré-natal foi semelhante ao comparar-se as pacientes de acordo com sua procedência. Destaca-se que apenas 31,8% das pacientes provenientes de Belém e 35,5% das procedentes de outras cidades do estado do Pará realizaram pré-natal completo, conforme a tabela 6, abaixo.

**TABELA 6** – Realização de pré-natal completo e incompleto de acordo com a procedência da gestante. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém – PA.

PRÉ-NATAL	PROCEDÊNCIA			
	BELÉM		OUTRAS CIDADES*	
	n	%	n	%
COMPLETO <sup>1</sup>	42	31,8	49	35,5
INCOMPLETO <sup>2</sup>	32	24,3	39	28,3
NC**	47	35,6	40	28,9
NÃO REALIZARAM	11	8,3	10	7,3
TOTAL	132	100	138	100

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Seis ou mais consultas.

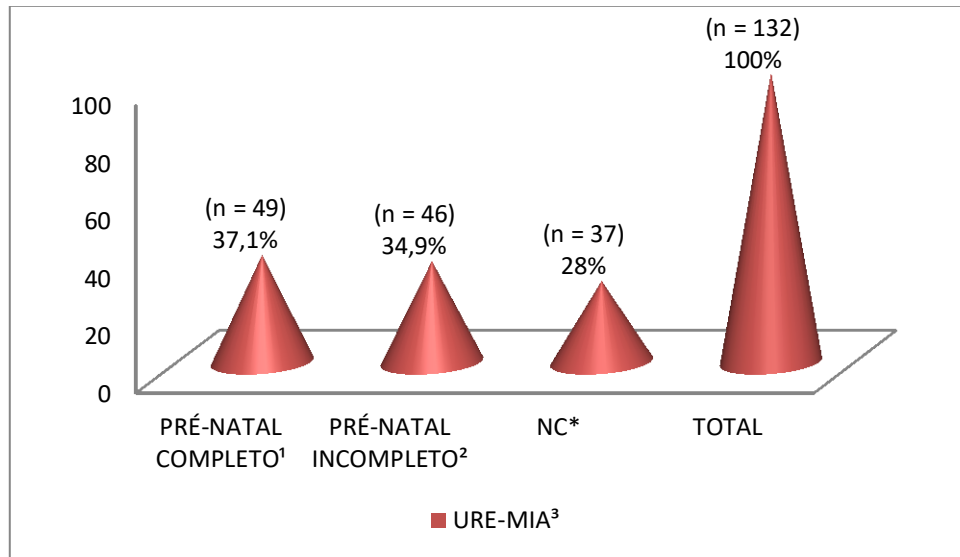
2: Uma a cinco consultas.

\*: Cidades do interior do Estado do Pará.

\*\* : Não constava no protocolo de pesquisa o número de consultas pré-natais.

O número mínimo de consultas foi igual a um, de paciente cujo pré-natal foi realizado na URE-MIA, tendo esta paciente sido diagnosticada com o HIV antes da gestação. O número máximo de consultas foi 12, de duas pacientes, uma cujo pré-natal foi realizado também na URE-MIA e com diagnóstico de infecção por HIV anterior à gestação, e outra com pré-natal na UBS da Terra Firme, com diagnóstico de infecção por HIV após o parto.

Dos 255 pré-natais, 132 (51,7%) foram realizados na própria URE-MIA, sendo 37,1% destes completos. Outros 20 pré-natais (7,8%) foram feitos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará (FSCMPA), 35% deles completos. Os 103 pré-natais restantes (40,5%) foram realizados em outras unidades de saúde, como a Unidade Básica de Saúde (UBS) da procedência da gestante e planos de saúde privados, sendo 33% destes completos. Destaca-se, ainda, o percentual de não preenchimento dos prontuários quanto ao número de consultas, 28% nos pré-natais da URE-MIA, 55% nos da FSCMPA e 40,8% nos das demais unidades de saúde. Os dados encontram-se nos gráficos 3, 4 e 5, que seguem.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

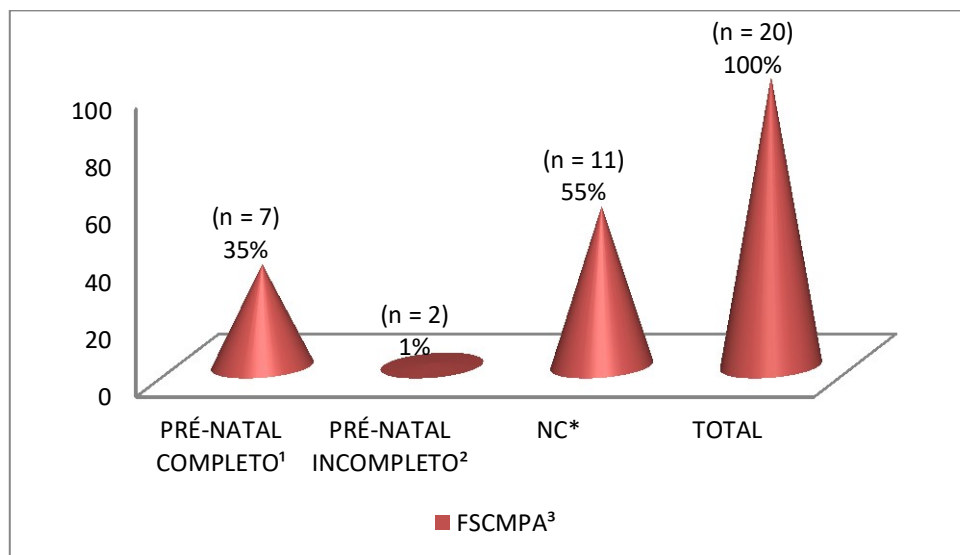
1: Seis ou mais consultas.

2: Uma a cinco consultas.

3: Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 3** - Pré-natal completo e incompleto de pacientes HIV positivo realizado na URE-MIA. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

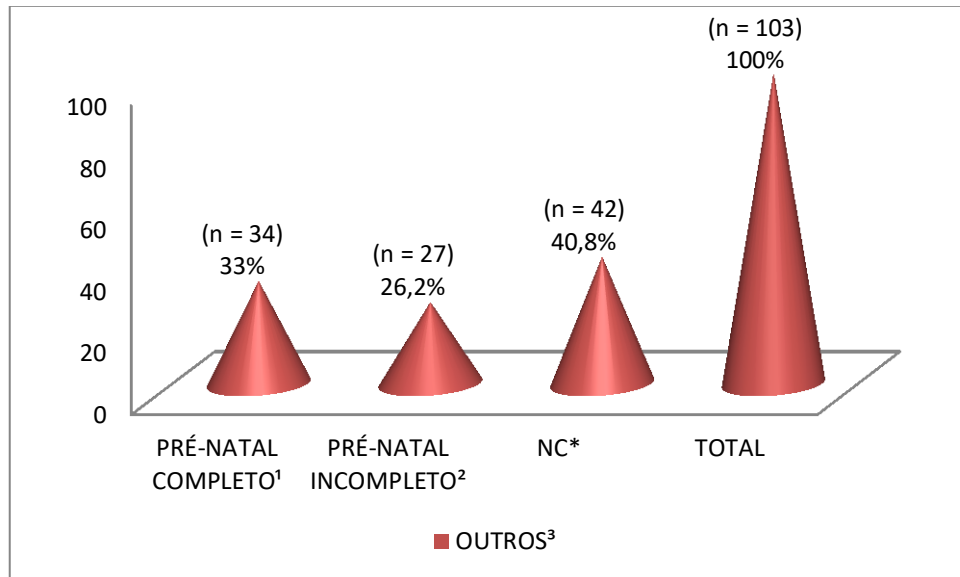
1: Seis ou mais consultas.

2: Uma a cinco consultas.

3: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 4** - Pré-natal completo e incompleto de pacientes HIV positivo realizado na FSCMPA. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Seis ou mais consultas.

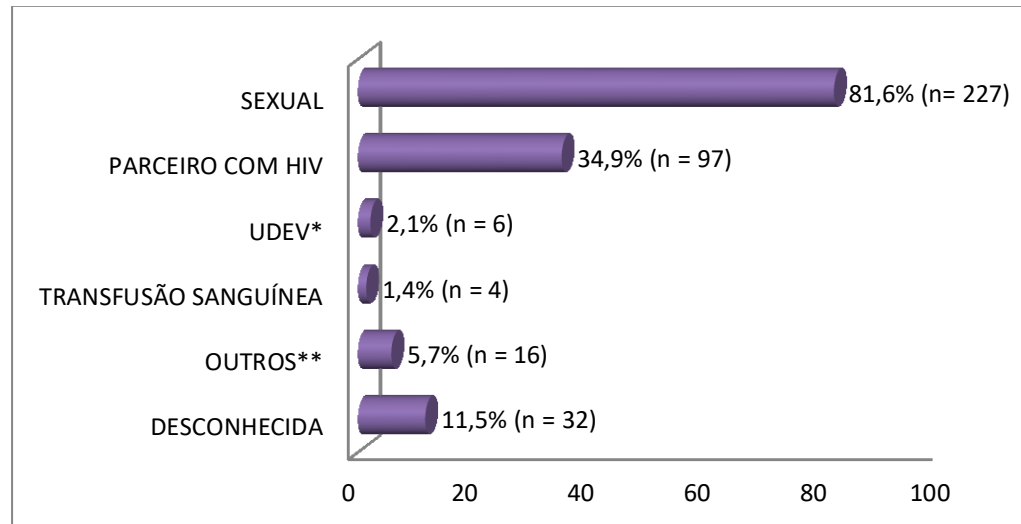
2: Uma a cinco consultas.

3: UBS da procedência da gestante e planos de saúde privados.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 5** - Pré-natal completo e incompleto de pacientes HIV positivo realizado em outras unidades de saúde. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

A via de exposição ao HIV também foi estudada, observando-se que a mais comum é a sexual (81,6%), com 34,9% das pacientes tendo parceiro sabidamente HIV positivo. Destaca-se ainda que 11,5% das pacientes não souberam informar a forma de exposição, como mostra o gráfico 6, a seguir.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

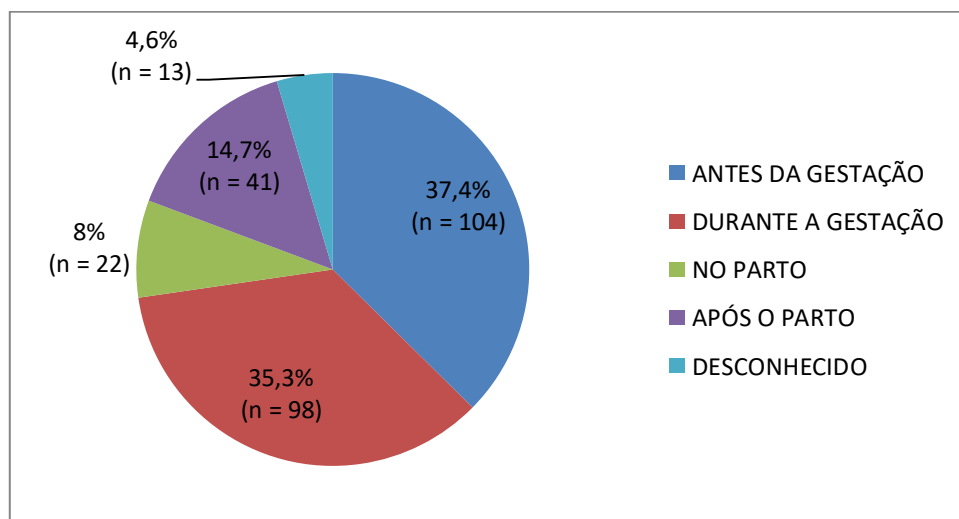
\*: Usuárias de drogas endovenosas.

\*\* : Tatuagem, alicate de unha e/ou piercing.

\*\*\*: A soma ultrapassa 100%, pois mais de uma opção pode ser marcada.

**Gráfico 6** - Forma de exposição ao HIV. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.\*\*\*

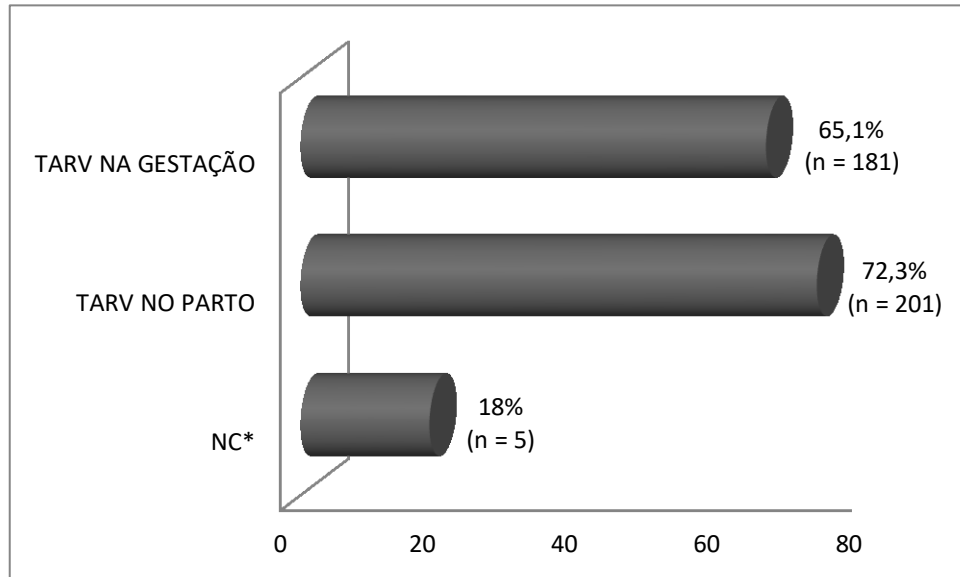
Quanto à época do diagnóstico de infecção pelo HIV, constatou-se que 37,4% das pacientes o obtiveram antes da gestação e 35,3% durante a mesma. Os dados são expostos no gráfico 7, a seguir.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

**Gráfico 7** – Época do diagnóstico de infecção pelo HIV. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

Em relação à utilização de Terapia Antirretroviral (TARV), observou-se que a maioria das pacientes fez uso de alguma medicação para este fim, tanto durante a gravidez (65,1%), quanto no parto (72,3%), como mostra o gráfico 8, a seguir.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 8** – Utilização de TARV na gestação e/ou no parto por pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

Entre as 104 (37,4%) pacientes que obtiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV antes da gestação, a TARV mais utilizada foi a monoterapia com zidovudina (AZT) (66,4% durante a gestação e 66,4% durante o parto). Apenas 1,9% fizeram uso de terapia tríplice com zidovudina, lamivudina e lopinavir/ritonavir (AZT + 3TC + LPV/r); 11,5% não utilizaram nenhuma medicação na gravidez e 13,4% não fizeram uso de fármacos no parto. Os dados são apresentados na tabela 7, a seguir.

**TABELA 7** – Distribuição das pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV anterior à gravidez de acordo com o uso de TARV durante a gestação e o parto e as medicações utilizadas. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

MEDICAÇÃO	REALIZARAM TARV NA GESTAÇÃO		REALIZARAM TARV NO PARTO	
	N	%	n	%
AZT <sup>1</sup>	69	66,4	69	66,4
AZT <sup>1</sup> + LPV/r <sup>2</sup>	09	8,7	08	7,7
AZT <sup>1</sup> + 3TC <sup>3</sup>	03	2,9	03	2,9
AZT <sup>1</sup> + LPV/r <sup>2</sup> + 3TC <sup>3</sup>	02	1,9	02	1,9
AZT <sup>1</sup> + 3TC <sup>3</sup> + EFZ <sup>4</sup>	02	1,9	02	1,9
AZT <sup>1</sup> + LPV <sup>5</sup>	01	0,9	01	0,9
AZT <sup>1</sup> + LPV/r <sup>2</sup> + ATV <sup>6</sup>	01	0,9	00	00
SEM MEDICAÇÃO	12	11,5	14	13,4
NC*	05	4,9	05	4,9
TOTAL	104	100	104	100

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Zidovudina

2: Lopinavir + Ritonavir

3: Lamivudina

4: Efavirenz

5: Lopinavir

6: Atazanavir

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

Quanto às pacientes com diagnóstico da infecção durante a gravidez (98; 35,3%), 77,5% realizaram monoterapia com AZT durante a gestação e 84,7% durante o parto. Apenas 4% utilizaram terapia tríplice (AZT + LPV/r + 3TC) durante a gestação. 11,5% não fizeram uso de nenhuma medicação na gestação e 5,3% não utilizaram TARV no parto. Os dados estão expostos na tabela 8, a seguir.

**TABELA 8** – Distribuição das pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV durante a gravidez de acordo com o uso de TARV na gestação e no parto e as medicações utilizadas. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

MEDICAÇÃO	REALIZARAM TARV NA GESTAÇÃO		REALIZARAM TARV NO PARTO	
	n	%	n	%
AZT <sup>1</sup>	76	77,5	83	84,7
AZT <sup>1</sup> + LPV/r <sup>2</sup>	03	03	03	03
AZT <sup>1</sup> + 3TC <sup>3</sup>	01	01	01	01
AZT <sup>1</sup> + LPV/r <sup>2</sup> + 3TC <sup>3</sup>	04	04	04	04
AZT <sup>1</sup> + NVP <sup>4</sup>	01	01	01	01
AZT <sup>1</sup> + 3TC <sup>3</sup> + NVP <sup>4</sup>	01	01	01	01
SEM MEDICAÇÃO	11	11,5	05	5,3
NC*	01	01	00	00
TOTAL	98	100	98	100

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Zidovudina.

2: Lopinavir + Ritonavir.

3: Lamivudina.

4: Nevirapina.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

Em relação às pacientes com diagnóstico confirmado durante o parto (8; 22%), 72,7% utilizou monoterapia com AZT. Porém, 22,7% não fizeram uso de nenhuma medicação, como mostra a tabela 9, a seguir.

**TABELA 9** – Distribuição das pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV durante o parto de acordo com o uso de TARV no parto e as medicações utilizadas. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

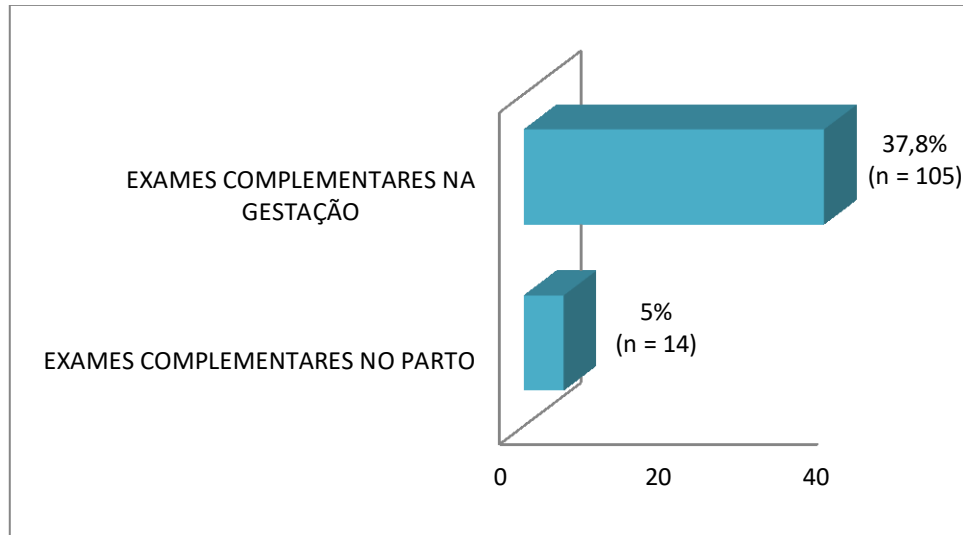
MEDICAÇÃO	REALIZARAM TARV NO PARTO	
	n	%
AZT <sup>1</sup>	16	72,7
SEM MEDICAÇÃO	05	22,7
NC*	01	4,6
TOTAL	22	100

**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

1: Zidovudina.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

Verificou-se também a realização de exames complementares (dosagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral - CV) pelas 278 pacientes do estudo, conforme o gráfico 9, a seguir. O tipo de exame realizado, bem como os resultados dos mesmos, não constavam na ficha que foi utilizada como base para a criação do protocolo de pesquisa.



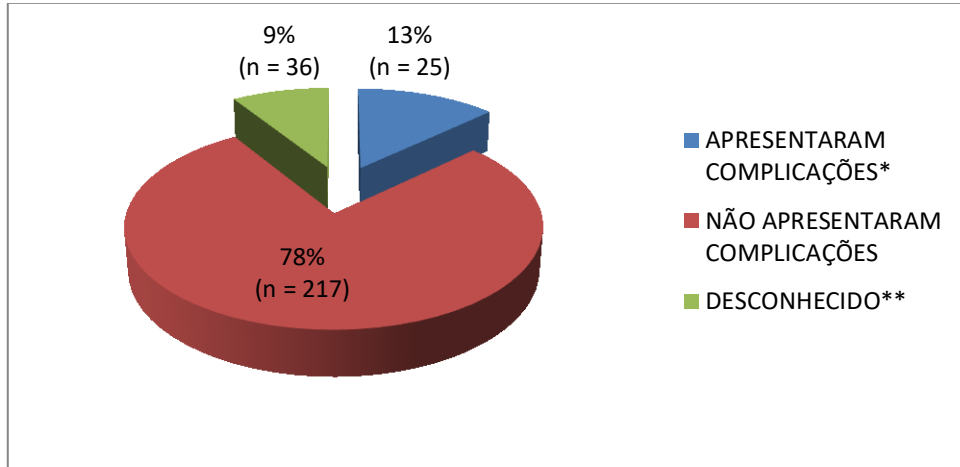
**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

\* Dosagem sérica de linfócitos T-CD4+ e carga viral.

**Gráfico 9** – Pacientes HIV positivo submetidas a exames complementares (CD4 e CV)\* durante a gestação e o parto. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

Foram observadas ainda as complicações obstétricas, constatando-se que a maioria das pacientes (78%) não relatou nenhuma complicação, como mostra o gráfico 10, a seguir. Entre as que apresentaram (13%), as alterações mais comuns foram ameaça de abortamento (14%), outras causas de sangramento (11,2%) e hipotensão (11,2%). Entre as outras complicações estão eclâmpsia, infecção cirúrgica, insuficiência respiratória, doença hipertensiva específica da gravidez, anemia, sofrimento fetal e infecção de trato urinário (5,6% cada), além de depressão, pneumonia, malária, citomegalovirose, placenta prévia, rotura prematura de membranas, hiperêmese gravídica e oligoâmnio (2,8% cada).

Ressalta-se que os dados foram informados pelas pacientes (ou outro acompanhante das crianças, no momento de sua admissão na Unidade). Não se pode saber, portanto, se os dados foram retirados de fichas de alta hospitalar do local do parto, da carteira da gestante ou de qualquer outra fonte.



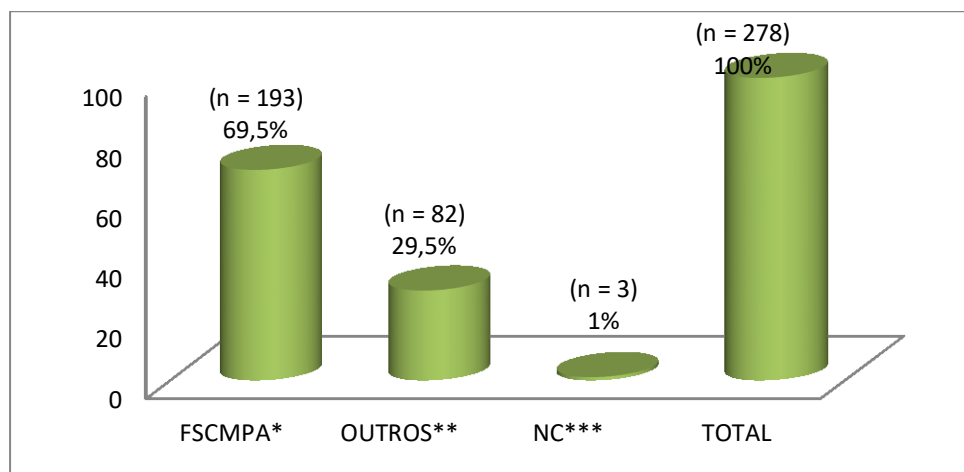
**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

\*: Especificadas no texto.

\*\* : Paciente não soube informar ou a informação não constava no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 10** – Apresentação de complicações obstétricas por pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

Quanto ao parto, observou-se que a maioria (70,2%) foi realizada na FSCMPA, 18,3% no hospital municipal da procedência da gestante e 10,8% em outros hospitais da Região Metropolitana de Belém, além de um parto domiciliar (0,3%). Os dados são expostos no gráfico 11, a seguir.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

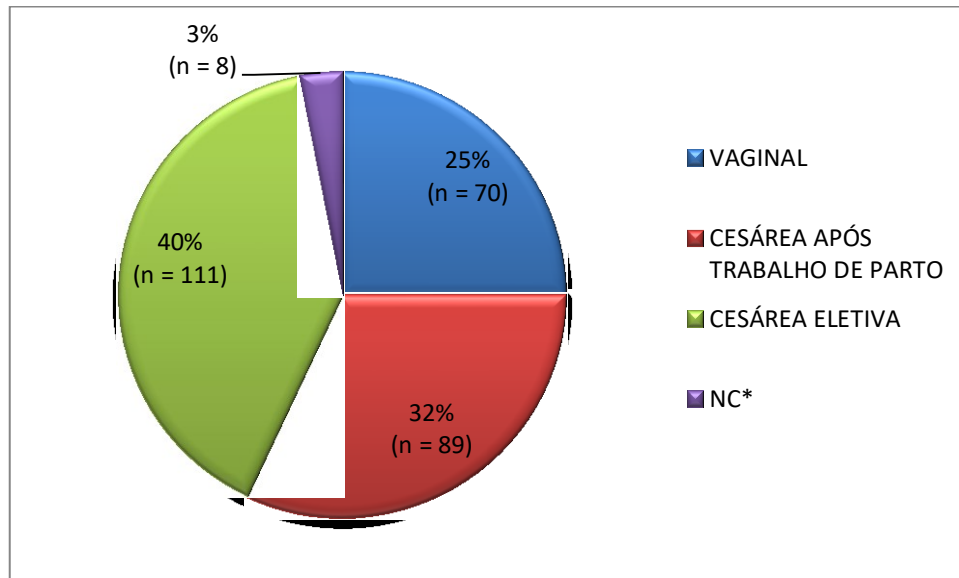
\*: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará.

\*\* : Especificados no texto.

\*\*\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 11** – Local de realização do parto de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

Em relação à via de parto, observou-se que 40% das pacientes foram submetidas à cesárea eletiva e 32% à cesárea após trabalho de parto. Os dados são apresentados no gráfico 12, a seguir.



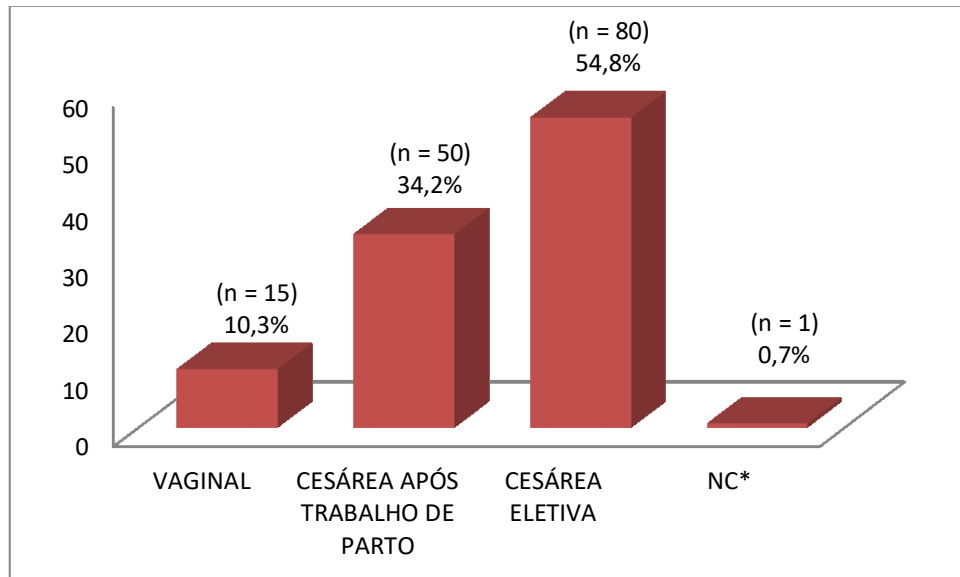
**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 12** – Via de parto de pacientes HIV positivo. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

Entre os 70 partos vaginais, cinco (7,1%) foram realizados com episiotomia, dois destes na FSCMPA, um cuja paciente obteve o diagnóstico de infecção pelo vírus HIV antes da gestação e outro cuja paciente obteve diagnóstico após o parto. Outros dois partos foram feitos no Hospital Municipal de Parauapebas, em que ambas as pacientes obtiveram diagnóstico após este. O quinto parto com episiotomia foi realizado no Hospital da Ordem Terceira, em paciente com época do diagnóstico desconhecida.

Verificou-se por fim, qual foi a via de parto dentre as gestantes que realizaram monoterapia com AZT durante a gestação (146 das 278 pacientes; 52,5%). Constatou-se que a maioria foi submetida a cesareana eletiva (54,8%), conforme os dados apresentados no gráfico 13, a seguir.



**Fonte:** Protocolo de Pesquisa.

\*: Não consta no protocolo de pesquisa.

**Gráfico 13** – Via de parto de pacientes HIV positivo que realizaram monoterapia com AZT durante a gestação. URE-MIA, janeiro de 2008 a janeiro de 2010, Belém - PA.

## 5 – DISCUSSÃO

Inicialmente, almejava-se obter os dados para a realização da pesquisa diretamente dos prontuários das pacientes em questão, as gestantes, porém, isto não foi possível devido ao mau preenchimento dos mesmos, um dos maiores empecilhos à realização da pesquisa, com letras ilegíveis, quantidade insuficiente de informações e ausência de uma ficha padronizada para a primeira consulta. Sendo assim, buscou-se nos demais setores da URE-MIA que atendiam pacientes em investigação diagnóstica ou acompanhamento da infecção pelo HIV, obter informações mais acessíveis e consistentes acerca das pacientes.

Este objetivo foi alcançado através dos prontuários das crianças matriculadas no setor de doenças infecciosas e parasitárias (DIP) da Unidade para investigação ou acompanhamento da infecção. Este setor apresenta, desde o ano de 2008, uma ficha padrão para admissão das crianças (ANEXO C), preenchida pelos profissionais da enfermagem, com informações fornecidas pelo acompanhante da criança que procura a Unidade para efetuar a matrícula, geralmente a mãe da mesma. A partir desta ficha, criou-se um protocolo de pesquisa

(APÊNDICE A), com as informações mais relevantes sobre o tema, incluindo-se apenas os dados referentes à mãe e excluindo-se aqueles acerca do pai e da própria criança.

Ainda encontrar este tipo de dificuldade em serviços de saúde, principalmente nos de referência, como é o caso da URE-MIA, é preocupante, pois é dever de todos os profissionais de saúde, sobretudo a equipe médica, estar ciente de suas obrigações quanto ao correto preenchimento dos prontuários. Os documentos médicos não apenas facilitam o armazenamento de dados acerca dos pacientes, mas também servem como instrumento de defesa para os profissionais da área em causas judiciais. O mau preenchimento, portanto, além de dificultar a realização de projetos de pesquisa, que poderiam inclusive ser utilizados para angariar fundos para o serviço, ainda pode implicar em processos judiciais contra os médicos.

Segundo o Código de Ética Médica, no artigo 87 do capítulo X, que trata dos documentos médicos, “é vedado ao médico: deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente”, como também afirma a resolução n.º 1.638/02 do Conselho Federal de Medicina: “nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente”. Está em análise pelas comissões de Defesa do Consumidor, de Seguridade Social e Família, de Constituição e Justiça e de Cidadania, o Projeto de Lei 3310/08, do deputado Cezar Silvestri (PPS-PR), que inclui o preenchimento de receitas e prontuários médicos de forma ilegível ou que possa induzir a erro entre as infrações sanitárias, prevendo, inclusive, penas em caso de descumprimento, como advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento da licença para funcionamento e/ou multa.

Em resposta a esta dificuldade encontrada para a realização da pesquisa e na tentativa de mudar este cenário, os autores elaboraram uma ficha de atendimento admissional para as gestantes (APÊNDICE B) e propõem a sua utilização no setor de pré-natal da Unidade, no sentido de padronizar os dados encontrados nos prontuários e torná-los mais acessíveis, visando possibilitar que pesquisas futuras sejam realizadas através deste novo protocolo, a ser aprimorado de acordo com a necessidade da equipe médica. A padronização das fichas de primeira consulta ajudará, ainda, a organizar os prontuários, contribuindo para melhor compreensão dos demais profissionais em relação às condutas médicas, facilitando, assim, o acompanhamento multiprofissional das pacientes, e permitindo um melhor seguimento das mesmas.

Quanto às informações avaliadas constatou-se, em relação aos dados socioeconômicos, que a maioria das pacientes encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos (61,5%), é de cor parda (80,5%) e cursou ensino fundamental incompleto ou completo (64,1%).

Quanto à idade, esses dados concordam com os apresentados pelo Ministério da Saúde (MS), que traduzem a realidade nacional, em que no ano de 2008, 54,7% das gestantes HIV positivo estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, passando para 55% em 2009 e 54,5% no primeiro semestre de 2010 (de 01/01/2010 até 30/06/2010). Esta situação pode estar relacionada ao precário acesso dos jovens à informação acerca do que seja a infecção pelo HIV, suas formas de contágio e prevenção, riscos na gravidez e à deficiente rede de serviços de atenção primária que levem este tipo de informação aos jovens (BRASIL, 2010a, p.41).

Já em relação à cor, os dados conflitam com a realidade nacional. Segundo o MS, em 2008, 43,5% das gestantes HIV positivo declarou-se de cor branca e percentual menor, 34,8%, parda, números que em 2009 aumentaram para 44,7% e 35,7%, respectivamente, e no primeiro semestre de 2010 para 46,7% e 35,7%. Esta disparidade de informações deve-se possivelmente à grande diversidade étnica encontrada no país, em que nos estados da região Norte, de fato, prevalecem os indivíduos de cor parda, diferente de outras regiões com maior número de habitantes, como a região Sul, por exemplo, a segunda com maior número de casos de gestantes HVI positivo, só perdendo para o Sudeste, em que prevalecem os indivíduos de cor branca (ibid., p.42).

Quanto ao nível de escolaridade, os dados encontrados na presente pesquisa confirmam as conclusões do MS para o país, em que no ano de 2008, 68% das gestantes HIV positivo havia cursado ensino fundamental incompleto ou completo, aumentando para 70% em 2009 e 70,4% na primeira metade de 2010. De fato, menor nível de escolaridade, implicando em acesso mais restrito à informação acerca do contágio, prevenção, riscos, importância do diagnóstico precoce e tratamento da infecção pelo HIV, torna as pacientes com baixo grau de instrução mais vulneráveis à aquisição do vírus (ibid.).

O acesso aos serviços de pré-natal ainda se mostra deficitário no Brasil. Quando se fala em cobertura para gestantes HIV, os índices também se mostram alarmantes, com 8,4% de gestantes sem pré-natal só na região Norte, de acordo com SZWARCOWALD (2003), em

pesquisa cuja amostra era composta por 31997 parturientes, de 228 maternidades de 150 municípios do Brasil, no ano de 2002. Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo, onde 8,3% das pacientes afirmaram não ter realizado nenhuma consulta de pré-natal e apenas 35,3% realizaram pré-natal completo.

Quanto ao número de consultas pré-natais, o MS preconiza como mínimo aceitável seis consultas, inclusive para gestantes HIV positivo. Observou-se na pesquisa que apenas 35,3% das pacientes realizaram pré-natal completo (BRASIL, 2005, p.8).

No estudo feito pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade do ABC de SP, com amostra de 39 gestantes soropositivas, entre os anos de 2003 e 2004, 57,8% das pacientes realizaram mais de seis consultas (LEMOS et al; 2005, apud Santos; 2007). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no Rio de Janeiro, de 1996 a 2003, por Abeyá (2004), com 7700 pacientes, no qual 51% realizaram pré-natal completo e no estudo de Szwarcwald (2003), no qual 51,7% das gestantes das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste (n=12000) realizaram seis consultas ou mais.

É preocupante constatar que no país que apresenta o maior sistema público de saúde do mundo e que, portanto, deveria apresentar excelente cobertura pré-natal, nem todas as gestantes o iniciam ou mesmo o fazem de forma completa. Ao comparar-se as regiões observa-se grande disparidade nesse aspecto, contudo. O nível de cobertura observado em outras regiões do país é bem superior aos registrados nas unidades de referência da presente pesquisa (URE-MIA, 37,1% e FSCMPA, 35%). Tal fato pode advir do menor nível socioeconômico e grau de escolaridade das pacientes na região Norte, em comparação com outras regiões, justificando, pela falta de informações acerca dos objetivos e da importância do pré-natal, a deficiente adesão ao mesmo. Outros fatores que contribuem para este cenário são a escassez de campanhas educacionais e de aconselhamento pré-natal direcionadas a esse público e a dificuldade de acesso a serviços de saúde, não apenas o pré-natal, sobretudo longe dos grandes centros e em regiões ribeirinhas, como é a realidade de grande parte das pacientes do estudo.

Em relação à utilização de terapia antirretroviral (TARV), a presente pesquisa mostra que ainda há deficiências nos serviços de saúde do estado do Pará quanto à prescrição das medicações adequadas para pacientes HIV positivo durante a gestação e o parto.

Não constavam na ficha utilizada como base para a criação do protocolo de pesquisa informações como a idade gestacional de início da medicação e contagem de linfócitos CD4 e carga viral, o que prejudicou neste momento uma avaliação mais detalhada acerca das indicações de TARV nessas pacientes. As informações presentes no protocolo de pesquisa dizem respeito apenas à medicação utilizada e à época de uso dessa terapia, gestação e/ou parto. As demais informações provavelmente encontravam-se nos prontuários das pacientes que, como já ressaltado, não puderam ser utilizados para a coleta de dados desta pesquisa.

Entre as 104 pacientes (37,4% do total) que obtiveram diagnóstico de infecção pelo HIV antes da gestação, observou-se que, durante a gestação, 66,4% receberam monoterapia com zidovudina (AZT). Segundo o MS é contra-indicada a utilização de um único inibidor de transcriptase reversa análogo de nucleosídeos (ITRN), como AZT e lamivudina (3TC), na gravidez. Está proscrita também, durante este período, a associação de dois ITRN, sem outros medicamentos antirretrovirais, como foi prescrito para 2,9% das pacientes, as quais receberam terapia dupla com AZT e 3TC. O esquema tríplice preconizado pelo MS, composto por dois ITRN (AZT + 3TC) e um inibidor de protease, preferencialmente o lopinavir, associado a um adjuvante farmacológico, ritonavir (LPV/r), foi recebido por apenas 1,9% das gestantes (BRASIL, 2010b, *passim*.)

Destaca-se, ainda, que 0,9% das pacientes utilizaram inibidor de protease (LPV) não associado ao adjuvante farmacológico ritonavir, o que aumenta o risco de mutações virais e, portanto, não é recomendado como TARV. A 1,9% das gestantes foi prescrito efavirenz (EFZ), medicamento formalmente contra-indicado durante a gravidez devido ao seu potencial teratogênico e embriotóxico. Seu uso deve ser evitado no primeiro trimestre devido a este risco teórico, embora ainda não tenham sido feitos estudos com a droga na gestação humana. Por fim, 0,9% das gestantes receberam atazanavir (ATV), medicamento que ainda não está aprovado para o uso na gestação devido à inconsistência de pesquisas atestando sua segurança durante a gravidez (*ibid.*).

Já em relação à terapia utilizada na gravidez por pacientes que obtiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV durante a mesma (98; 35,3% do total), o percentual do uso inadequado de monoterapia com AZT foi ainda maior, 77,5%. Terapias contra-indicadas também foram prescritas a este grupo de pacientes, como a associação AZT + 3TC (1%) e o uso de apenas um ITRN, e não dois, como recomendado, associado a um inibidor de transcriptase reversa

não análogo de nucleosídeo (ITRNN) (AZT + nevirapina) por 1%. Observou-se que apenas 4% das pacientes receberam a terapia recomendada pelo MS, a associação AZT + 3TC + LPV/r (ibid.).

Não foi possível avaliar se o fármaco nevirapina foi utilizado apenas em gestantes que já faziam uso desta droga antes da gravidez ou naquelas com contagem de linfócitos CD4 acima de 250cél./mm<sup>3</sup> nas quais os benefícios superavam os riscos da hepatotoxicidade potencialmente fatal em mulheres com contagem elevada de CD4, como recomenda o MS, já que este tipo de informação não constava na ficha utilizada como base para criação do protocolo de pesquisa (ibid., p.64).

Disparidade bem menor quanto ao esquema preconizado pelo MS e o que é de fato prescrito nas unidades de saúde foi observada em relação à TARV utilizada no parto. Constatou-se que tanto nas pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV antes da gestação, como naquelas com diagnóstico durante a gravidez ou no parto, foi expressiva a utilização de monoterapia com AZT, o medicamento antirretroviral com maior comprovação de eficácia e segurança, como recomendado pelo MS (66,4%; 84,7% e 72,7%, respectivamente). Porém, ainda foram encontradas pacientes que receberam TARV inadequada durante o parto, como as associações AZT + LPV/r, AZT + 3TC, AZT + LPV/r + 3TC, AZT + 3TC + EFZ, AZT + LPV, AZT + NVP e AZT + 3TC + NVP (ibid., passim.).

Observou-se ainda grande número de pacientes que, apesar do diagnóstico da infecção pelo HIV, não recebeu terapia antirretroviral na gestação e/ou no parto. Entre as 104 pacientes que obtiveram diagnóstico da infecção antes na gestação, 25% não receberam medicação na gestação e/ou no parto. Das 98 gestantes com diagnóstico durante a gestação, 16,3% não utilizaram TARV na gestação e/ou parto e entre as 22 pacientes com diagnóstico de infecção por HIV durante o parto, 22,7% não receberam TARV neste momento.

Constata-se que, apesar de haver preocupação por parte do MS em anualmente atualizar e disponibilizar à comunidade médica manuais de tratamento antirretroviral, essas recomendações, em sua maioria, não tem sido seguidas pelos profissionais de saúde no setor público do estado do Pará. Há necessidade urgente de se capacitar os médicos, sobretudo os que atuam na rede básica de saúde, para atender este grupo de pacientes, não apenas no que diz respeito à correta indicação e prescrição da TARV, mas também quanto ao seguimento da

terapêutica, prevenção de complicações da infecção pelo HIV e manejo de eventos adversos dos medicamentos. Os profissionais precisam de constante atualização e é dever das unidades de saúde não apenas cobrar este tipo de conhecimento dos mesmos, mas também fazer com que as normas preconizadas pelo MS sempre sejam seguidas.

Quanto às formas de contágio, 81,6% das pacientes relataram terem sido expostas ao HIV através de contato sexual, com 34,9% das gestantes tendo parceiros sabidamente infectados. Em pesquisa de Figueró-Filho (2005), realizada nos anos de 2002 e 2003 pelo Programa de Proteção à Gestante do estado do Mato Grosso do Sul (PPG-MS), com 71 gestantes, aproximadamente 90% do contágio foi mediante ato sexual sem proteção, sendo 34,8% dos parceiros dessas gestantes soropositivos. Segundo Konopka et al (2010), em estudo que abrangeu 139 gestantes portadoras do HIV atendidas no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), durante o período de agosto de 2002 a agosto de 2007, a exposição sexual representou 97,8% das formas de contágio e 53,7% dessas gestantes tinha parceiros comprovadamente HIV+. Tal dado se assemelhou ao de Manenti (2008) em um estudo feito com 36 gestantes infectadas pelo HIV, que realizaram pré-natal no ano 2007, nos serviços de atendimento especializado DST/AIDS dos municípios de Araranguá, Criciúma e Içara, em Santa Catarina no Sul do Brasil, no qual 100% das pacientes foram expostas pelo ato sexual, sendo que 50% tinham parceiros HIV positivo.

Esses dados mostram que não só na região Norte, mas em outras localidades do país, a prática de relações sexuais sem o uso de métodos anticoncepcionais de barreira está disseminada e é grande, além de preocupante, a falta de conhecimento da população de que esse comportamento é de risco para a infecção pelo HIV. Fatos como a idade cada vez menor de início das relações sexuais, falta de conscientização quanto ao uso dos métodos anticoncepcionais e a promiscuidade, possivelmente também contribuem para o aumento da taxa de transmissão do vírus e acaba destacando esta via de contágio entre as demais.

No que diz respeito aos exames complementares, pesquisa de carga viral e CD4+, realizados durante o pré-natal e o parto, apenas 37,8% das gestantes o fizeram na gestação, número inferior ao encontrado em outros estudos, como o de Manenti (2008), no qual cerca de 96% das pacientes realizaram a pesquisa do CD4+, e no de Konopka et al (2010), onde aproximadamente 62% das gestantes realizaram a pesquisa da carga viral.

Quanto à taxa de realização de carga viral e CD4+ no parto, a pesquisa identificou valores ainda menores, apenas 5% das gestantes, em contraste com o que foi observado na pesquisa de Romanelli et al. (2006) que abrangeu toda a população de gestantes (n = 85) infectadas pelo HIV assistidas no Pré-Natal de Alto Risco do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2004, no qual 73% das gestantes chegaram a fazer a contagem da carga viral e aproximadamente 30% realizaram a pesquisa dos linfócitos CD4+ no parto.

Em se tratando de pacientes que não realizaram nenhum desses exames complementares, o número também é alarmante, chegando a 57,2% na presente pesquisa. No estudo de Konopka et al. (2010), também se observou um número elevado de não realização dos exames, aproximadamente 40%.

A dosagem de CD4 e a carga viral são exames complementares extremamente importantes para a gestante HIV positivo, pois auxiliam na definição do início do tratamento, ajudando a diminuir, portanto, os índices de transmissão vertical, ajudam a definir a melhor via de parto, além de serem fatores prognósticos para essas pacientes. O fato de a maioria das pacientes no presente estudo (57,2%) não ter sido submetida aos mesmos revela uma inadmissível falha no seu acompanhamento pré-natal, talvez porque o local de realização do mesmo não forneça tais exames ou porque os médicos desconheçam a importância de solicitá-los. Essas dificuldades, embora em menor grau, também são encontradas em outras regiões, de acordo com as pesquisas citadas anteriormente, supondo que o acompanhamento pré-natal de pacientes HIV positivo, de maneira geral, é realizado de forma inadequada em todo o país.

Complicações obstétricas foram relatadas por apenas 13% das gestantes soropositivas para o HIV na presente pesquisa e entre as mais frequentes estavam o parto pré-termo (5,7%), hipertensão arterial (3,5%) e ameaça de abortamento (1,4%). Em Konopka (2010), identificou-se mais que o dobro de complicações (26,6%), sendo a ameaça de abortamento (14%) a única também encontrada no atual estudo. Em Abeyá (2004), foram identificados como complicações mais frequentes o abortamento espontâneo, parto prematuro, restrição do crescimento intra-uterino e ruptura prematura das membranas. Entre tais, a única complicação registrada na presente pesquisa foi a ruptura das membranas (2,8%).

Segundo o MS, as complicações obstétricas comumente apresentadas por gestantes HIV positivo são semelhantes às das pacientes soronegativas para este vírus e devem ser manejadas da mesma forma, independente do status sorológico da paciente (BRASIL, 2010b, p.119).

Sabe-se que a infecção pelo HIV caracteriza a gestação dessas pacientes como de alto risco, logo, seus partos devem ser direcionados a locais determinados, que dêem o aporte necessário para aplicação das condutas diferenciadas que o parto dessas pacientes exige. A presente pesquisa mostrou que 70,2% dos partos foram realizados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará (FSCMPA), uma unidade de referência obstétrica. Não foi possível avaliar se os demais partos (29,1%) foram realizados em lugares com o suporte adequado, conforme protocolo do MS. O dado encontrado no presente estudo se assemelha ao de Konopka (2010), onde 65% das gestantes realizaram seus partos no hospital de referência da cidade de Santa Maria. Os dados mostram que, em geral, as pacientes HIV positivo realizam seus partos nos locais preconizados pelo MS, as unidades de referência obstétricas.

A via de parto principal observada no atual estudo foi a cesariana eletiva (40%), seguida pela cesareana após trabalho de parto (32%). No estudo Melo et al (2005), feito com 170 gestantes soropositivas para o HIV atendidas na Maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG, no período de junho de 1994 a setembro de 2004, a taxa de cesariana eletiva foi 45,4% . A cesareana eletiva é via de parto preconizada pelo MS em gestantes HIV positivo que apresentam carga viral  $\geq 1000$  cópias/ml ou desconhecida, a partir de 34 semanas de gestação, sendo via preferencial também nas pacientes que não estão em uso de TARV combinada (terapia tríplex) (BRASIL, 2010b, p.102;103).

Baixas taxas de cesareana eletiva em pacientes HIV positivo poderiam ser explicadas pela sua correta indicação, de acordo com os exames complementares e uso de TARV, ou ainda, em casos de indicação incorreta, pelo deficiente conhecimento das equipes médicas dos locais de realização dos partos acerca das indicações de cada via nesses casos ou ainda pela falta de estrutura dos hospitais da região Norte para a realização de partos cesáreos eletivos.

Vinte e cinco por cento das gestantes, no presente estudo, foram submetidas a parto vaginal, assim como na pesquisa de Mutarana et al. (2007), feita com 54 gestantes HIV-positivo, admitidas no HMUSBC para assistência ao parto, no período de janeiro de 1999 a

junho de 2005, em que este índice era de pouco mais de 30%. De forma semelhante à cesareana, essa taxa de partos vaginais pode estar relacionada à sua correta indicação ou, em caso de indicação errada, à falta da realização dos exames complementares necessários ao diagnóstico de infecção pelo HIV no parto, à definição da via de parto, ou ao desconhecimento das equipes médicas acerca das corretas indicações de cada via de parto nessas gestantes. Ressalta-se que no presente estudo ficou prejudicada a avaliação das indicações de via de parto devido à falta dos resultados dos exames complementares na ficha que foi utilizada como base para elaboração do protocolo de pesquisa.

A realização de episiotomia deve ser evitada sempre que possível em gestantes soropositivas para o HIV. Ainda assim, tal prática foi realizada em 7,1% das pacientes da pesquisa. Dessas, pode-se até aceitar que tal técnica tenha sido usada nas quais o diagnóstico de infecção pelo HIV foi realizado após o parto ou naquelas que desconheciam a época do mesmo. No entanto, em uma dessas gestantes a episiotomia foi feita mesmo sabendo do diagnóstico ainda no pré-natal, revelando, provavelmente, o desconhecimento dos médicos acerca da contra-indicação da técnica, ou ainda por essa paciente já ter sido admitida no hospital em fase ativa do trabalho de parto, necessitando de episiotomia e não sendo possível a conversão para via cesareana (BRASIL, 2010b, p.113).

O MS recomenda que todas as gestantes que não utilizaram terapia tríplice com AZT, 3TC, LPV/r sejam submetidas a parto por cesariana eletiva. De todas as gestantes da pesquisa que fizeram apenas monoterapia com AZT durante a gestação, 54,8% realizaram esta via de parto, dado semelhante ao encontrado por Mutarana et al. (2007), no qual 50% das gestantes submeteram-se a esta via de parto. O encontro de uma taxa reduzida de partos cesareanos poderia ser explicado pelo desconhecimento dos médicos acerca desta recomendação do MS ou ainda pela possibilidade de as pacientes terem sido admitidas nos hospitais já em fase ativa do trabalho de parto, com prognóstico de nascimento rápido, situação na qual, de acordo com o próprio MS, a equipe médica está autorizada a realizar parto por via vaginal, apesar de haver indicação de cesareana eletiva (BRASIL, 2010b, p.101;103).

Os dados encontrados no estudo apontam para a necessidade urgente de medidas governamentais que visem melhorar o atendimento à gestante HIV positivo e indicam que os programas já existentes precisam ser intensificados e expandidos. Neste sentido, estratégias conjuntas entre os programas do Comitê Nacional de DST/Aids, os de atenção materno-

infantil e o Programa de Saúde da Família devem ser estabelecidas, visando melhorar o acesso ao pré-natal, ampliar a cobertura deste, capacitar as equipes de saúde para realizar o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, correta indicação, acompanhamento e manejo dos eventos adversos da terapia antirretroviral, além de melhorar não apenas o conhecimento dos médicos acerca do tema, mas também a estrutura dos hospitais, para a realização da via de parto mais adequada para cada paciente.

Maior estudo dos profissionais de saúde acerca deste tema é fundamental para que a população seja melhor assistida, recebendo mais informação acerca da infecção pelo HIV e, conseqüentemente, expondo-se menos às formas de contágio, buscando atendimento médico precoce ao se expor a situações de risco, tendo maior conhecimento acerca da importância da TARV e sabendo dos riscos de uma gravidez nesses casos. É de extrema importância que todos os profissionais de saúde, não apenas médicos, estejam sempre atualizados neste tema, pois só assim poderão contribuir de forma mais efetiva para a redução do número de casos de infecção pelo vírus, diagnóstico precoce, maior adesão ao tratamento e menor taxa de transmissão vertical do HIV.

Ressalta-se, ainda, que medidas de educação em saúde, a exemplo de campanhas governamentais, voltadas não apenas para as gestantes HIV positivo, mas a todos, visando informar a população acerca dos aspectos que envolvem a infecção pelo vírus, poderiam contribuir, de forma semelhante e não menos efetiva, para os mesmos propósitos.

## 6 – CONCLUSÃO

Quanto aos dados os socioeconômicos, a maioria das pacientes do estudo encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos (61,5%), declarou-se de cor parda (80,5%), cursou ensino fundamental incompleto ou completo (64,1%), trabalha em casa (“do lar”) (68,4%) e é procedente da cidade de Belém (47,5%).

Quanto ao pré-natal, 91,7% das pacientes o realizaram, mas apenas 35,3% destes foram completos. A via de exposição mais comum ao vírus HIV foi a sexual (81,6%). A TARV foi feita por 65,1% das pacientes durante a gestação e 72,3% no parto. Entre as pacientes infectadas antes da gestação, apenas 1,9% e 66,4% realizaram a terapia recomendada pelo MS durante a gestação e o parto, respectivamente. Quanto as que tiveram o diagnóstico no pré-natal, a proporção da realização de terapias recomendadas foi 4% e 84,7%, na gestação e no parto, respectivamente. Entre as que tiveram o diagnóstico no parto, 72,7% utilizaram a TARV recomendada neste momento. Somente 37,8% das pacientes realizaram exames complementares (carga viral e CD4) na gestação e 5% no parto. Entre as complicações obstétricas, que foram relatadas por apenas 13% das pacientes, a mais prevalente foi ameaça de abortamento (14% destas). Quanto ao parto, a via mais comum foi a cesárea eletiva (40%).

## REFERÊNCIAS

- ABEYÁ, R. et al. Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.** n. 4, v. 4, Recife, out. / dez., 2004, p. 385-390.
- BELLAR, Z.J.D. et al. **Infecção urinária na mulher.** Disponível em: <<http://www.uroginecologia.com.br>> apud SCHERER L. K.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento Para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** n 13, v. 2, abr-jun, 2009, p. 359-65.
- BERAL, V. et al. AIDS-associated non-Hodgkin lymphoma. **Lancet**, v.337, 1991, p.805 apud LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica.** 1.ed. v 3. São Paulo: Roca, 2006, p.4203.
- BRASIL. Lei 6259 de 30/10/1975 e Portaria nº 05 de 21 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União. Poder Executivo**, de 31 de out. de 1975. Congresso Nacional, Brasília: DF, 1975.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de Tratamento Clínico da Infecção Pelo HIV em Adultos e Adolescentes.** Brasília, 1997, p.13.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança: referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar.** Brasília: MS, 2004, p. 24.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual Técnico. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: MS, 2005, p.32;36.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual Técnico. Pré-natal e Puerpério.** Brasília: MS, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDs. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis.** Brasília: DF, 2006a, p.23;29;32;48;49.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDs. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília: MS, 2006b, p.20;55.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Documentos e publicações. **AIDS epidemic update: December 2007.** Brasília: MS, 2007. p.1;4;7;8;31. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília : MS, 2007/2008, p. 8-10.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Documentos e publicações. **Boletim Epidemiológico Aids/DST 2008**. Brasília: MS, 2008. p.38-41. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Epidemiologia HIV**. Brasília: MS, 2009a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Dados de Aids**. Brasília: MS, 2009b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>>. Acesso em: 20 out. 09.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Documentos e publicações. **Aids epidemic update: November 2009**. Brasília: MS, 2009c. p.6-9;11. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Documentos e publicações. **Boletim Epidemiológico Aids/DST 2010**. Brasília: MS, 2010a. p.10;40;41;42. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Documentos e publicações. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010**. Brasília: MS, 2010b. p.60;61;64;68;69;70;72-75;77;93;101-103;109;112. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria N° 34/SVS/MS, de 28 de julho de 2005. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis**. Brasília: DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria N° 59/GM/MS de 28 de janeiro de 2003. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis**. Brasília: DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria n° 569. 1° de junho de 2000. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis**. Brasília: DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Resolução n° 1.638 de 09 de agosto de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas Instituições de Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jul. 2002. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/>>. Acesso em 27 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Resolução n° 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/>>. Acesso em 27 jul. 2011.

BURDGE, D.R. et al. Canadian Consensus Guidelines for the Management of Pregnancy, Labour and Delivery and for Postpartum Care in HIV-Positive Pregnant Women and Their

Offspring. **CMAJ**. n. 168, v. 13, 2003, p. 1671- 4 apud MATURANA, A. P. et al. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. **Arq Med ABC**. n. 32, v. 1, 2007, p. 11-16.

CLERICI, M.; SHEARER, G. M. TH1-TH2 switch is a critical step in the etiology of HIV infection. **Immunol. Today**, v.14, 1993, p.107 apud LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. v 3. São Paulo: Roca, 2006, p.4203.

CONNOR, E.M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. **N Engl J Med**. Cad. 331, 1994 p. 1173-80 apud CARVALHO, R. L. et al. Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. **Ver. Brás. de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, nº 4, 2004, p.325-28.

CRONFLI, R.T. A importância do sono. **Cérebro&Mente: revista eletrônica de divulgação científica em neurociência**. 2003 Disponível em: <[http:// www.cerebromente.org.br](http://www.cerebromente.org.br)> apud SCHERER L. K.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento Para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. n 13, v. 2, abr-jun, 2009 p. 359-65.

DUARTE, G. et al. Teste Rápido para Detecção da Infecção pelo HIV-1 em Gestantes. **Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 23, nº 02, 2001, p. 107-11.

DRAGIG, T. et. al. HIV-1 entry into CD4+ cells is mediated by chemokine receptor CCCKR-5. **Nature**, v.381, 1996, p.647 apud LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. v 3. São Paulo: Roca, 2006, p.4199.

FIGUEIRÓN-FILHO, E. A.; Perfil Epidemiológico da Infecção Pelo HIV-1 em Gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul – Brasil. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. v.4, n.17,p. 281-287, 2005.

GAINES, H. et al. Immunological changes in primary HIV-1 infection. **AIDS**, v.4, 1990, p.995 apud LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. v 3. São Paulo: Roca, 2006, p.4202.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME IN HIV/AIDS (UNAIDS). Epidemiology. Disponível em: <<http://www.unaids.org/>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

KASSLER, W.J. et al. Performance of a rapid, on-site human immunodeficiency virus antibody assay in a public health setting. **J Clin Microbiol**. cad. 33, 1995 p. 2899-902 apud CARVALHO, R. L. et al. Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. **Ver. Brás. de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 26, nº 4, 2004, p.325-28.

KONOPKA, C. K. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico de Gestantes Infectadas pelo HIV em um Serviço do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; v.32, n4, p.184-90, 2010.

LANDRONI, M. A. S. **Aids e gravidez: desafios para o cuidado nos serviços de saúde**. 2004. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004 apud SANTOS, C. A. **Gravidez e soropositividade para o HIV: vivências de mulheres atendidas em um centro de referência em HIV/AIDS**. Belo Horizonte, 2007. 126f. Dissertação (mestrado em

Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

LEMOS, L.M.D.; GURGEL, R.Q.; FABBRO, A.L.D. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Rev. Brás. De ginecologia e obstetrícia**. n. 1, v. 27, 2005 p.32-36 apud SANTOS, C. A. **Gravidez e soropositividade para o HIV: vivências de mulheres atendidas em um centro de referência em HIV/AIDS**. Belo Horizonte, 2007. 126f. Dissertação.(mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

LEROY, V. e cols. Four years of natural history of HIV-1 infection in Africa women: a prospective cohort study in Kigali (Rwanda), 1988-1993. **J. Acquired Immune Def. Syndr. Human Retrovirol**. v.9, 1995, p. 415 apud NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2006, p.595.

LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. v 3. São Paulo: Roca, 2006, p.4198-4199; 4202-4203.

MANENTI, S. A. **Epidemiologia e Caracterização Molecular do HIV-1 em Gestantes do Sul de Santa Catarina no Período de Janeiro a Dezembro de 2007**. Criciúma, 2008, 134f [Dissertação de Mestrado] Universidade do Extremo Sul Catarinense.. Criciúma, 2008. p. 56-59.

MARTINS, C.S.H et al. Cesariana - Indicações. **Projeto Diretrizes da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia 2002** apud MATURANA, A. P. et al. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. **Arq Med ABC**. n. 32, v. 1, 2007, p. 11-16.

MATURANA, A. P. et al. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. **Arq Med ABC**. n. 32, v. 1, 2007, p. 11-16.

MELO, V. H et al. Resultados Maternos e Perinatais de Dez Anos de Assistência Obstétrica a Portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.11,n. 27, p. 683-90, 2005.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2006, p.595; 598; 601.

OLIVEIRA, A. R. S. **Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem resultado de sorologia anti-HIV na maternidade**. 2007. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007 apud SANTOS, C. A. **Gravidez e soropositividade para o HIV: vivências de mulheres atendidas em um centro de referência em HIV/AIDS**. Belo Horizonte, 2007. 126f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

PAIVA, S. S.; GALVAO, M. T. G. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto e contexto de enfermagem**. n. 3, v. 13, 2004 p. 414-419 apud SANTOS, C. A. **Gravidez e soropositividade para o HIV: vivências de mulheres atendidas em um centro de referência em HIV/AIDS**. Belo Horizonte, 2007.

126f. Dissertação.(mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

**PORTAL** do Governo do Estado do Pará. Disponível em: <<http://www.pa.gov.br/>>. Acesso em: 19 out. 2009.

**PROJETO** prevê punição para receita e prontuário ilegíveis. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/124539.html>>. Acesso em 20 jul. 2011.

REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 9º. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2003 apud ABEYÁ, R. et al. Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**. n. 4, v. 4, , Recife, out. / dez, 2004, p. 385-390.

ROMANELLI, R. M. C et al.. Perfil das Gestantes Infectadas Pelo HIV Atendidas em Pré-natal de Alto Risco de Referência de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 6 n.3, jul-set, 2006.

ROSEMBERG, Z. F.; FAUCI, A. S. The immunopathogenesis of HIV infection. *Adv. Immunol.* v.47, 1989, p.356 apud LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. v 3. São Paulo: Roca, 2006, p.4203.

SCHERER L. K.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento Para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** n 13, v. 2, abr-jun, 2009, p. 359-65.

SOUZA, N. R. Percepções das gestantes na realização do Teste Anti-HIV (Elisa) em um centro de testagem e aconselhamento em DST/Aids de uma cidade do estado de Minas Gerais. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** nº 20, v. 1, 2008, p. 24-31.

SZWARCWALD, C. L. **Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: resultados do estudo sentinela-parturiente**. 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

TINDALL, B.; COOPER, D. A. Primary HIV infection: host responses and intervention strategies. **AIDS**, v.5, p.1, 1991 apud LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. v.3. São Paulo: Roca, 2006, p.4201.

**UNIDADE** de Referência Materno Infantil e Adolescente / Belém-PA. Disponível em: <<http://portal.sespa.pa.gov.br/>>. Acesso em: 19 out. 2009.

VAISHNAV, Y.; WONG-STAAAL, F. The biochemistry of AIDS. **Ann. Rev. Biochem.**, v.60, p.578, 1992 apud LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. v.3 São Paulo: Roca, 2006, p.4199.

VERONESI, R.; FOCCACIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3 ed. v.1 São Paulo: Atheneu, 2005, p.111; 115; 117; 130; 131.

**APÊNDICE A - PROTOCOLO DE PESQUISA**

Número do protocolo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1) DADOS SOCIOECONÔMICOS**

Idade:

Cor:

Escolaridade:

Ocupação:

Procedência:

**2) PRÉ-NATAL**

Realizou pré-natal: Sim( ) Não( ) Não consta( )

Local: Não consta( )

Número de consultas: Não consta( )

Diagnóstico de infecção por HIV:

Antes da gestação( ) Após parto( )

Durante a gestação( ) Desconhecido( )

No parto Teste Rápido: Sim( ) Não( )

**3) FORMA DE EXPOSIÇÃO AO VÍRUS**

Sexual( )

Parceiro com HIV( )

UDEV( )

Transfusão sanguínea( )

Desconhecida( )

Outros:

**4) TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

Na gestação: Sim( ) Não( ) Não consta( )

No parto: Sim( ) Não( ) Não consta( )

Medicação: Não consta( )

**5) EXAMES COMPLEMENTARES (CARGA VIRAL E CD4)**

Na gestação: Sim( ) Não( ) Desconhecido( )

No parto: Sim( ) Não( ) Desconhecido( )

**6) COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS**

Sim( ) Qual(is):

Não( ) Desconhecida( )

**7) PARTO**

Local: Não consta( )

Via de parto: Vaginal( ) Episiotomia( )

Cesárea após trabalho de parto( ) Cesárea eletiva( )

Não consta( )

**APÊNDICE B – SUGESTÃO DE FICHA ADMISSÃO PARA GESTANTES HIV POSITIVO NA URE-MIA.**

Número do protocolo:

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1) IDENTIFICAÇÃO:**

1.1) Gestante

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

1.2) Companheiro

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

**2) QUEIXA PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_

**3) HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4) ANTECEDENTES CLÍNICO-CIRÚRGICOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5) ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:**

Menarca: \_\_\_\_\_ Pubarca: \_\_\_\_\_ Telarca: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Frequência dos ciclos menstruais: \_\_\_\_\_ Catamênio: \_\_\_\_\_ Intensidade do fluxo: \_\_\_\_\_

Dismenorréia: \_\_\_\_\_

TMP: \_\_\_\_\_

Coitarca: \_\_\_\_\_ Número de parceiros: \_\_\_\_\_

Métodos anticoncepcionais: \_\_\_\_\_

Último PCCU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Cauterização ( ) Sim ( ) Não

Outras informações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

G: \_\_\_ P: \_\_\_ A: \_\_\_ Abortamentos Espontâneos: \_\_\_\_\_ Provocados: \_\_\_\_\_

Gestação Anterior:

Pré-natal (local): \_\_\_\_\_

Número de consultas com médico: \_\_\_\_\_ Com enfermeiro: \_\_\_\_\_

Primeira consulta com \_\_\_\_\_ semanas de gestação.

Intercorrências obstétricas: \_\_\_\_\_

Parto (data): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Via: Vaginal ( )                      Episiotomia ( )              Fórcepe ( )

Cesárea eletiva ( )                      Cesárea após trabalho de parto ( )

Motivo da cesareana: \_\_\_\_\_

Intercorrências no parto: \_\_\_\_\_

Peso do RN ao nascer: \_\_\_\_\_ g

Intercorrências no puerpério: \_\_\_\_\_

Amamentação: ( ) Sim    ( ) Não    Duração: \_\_\_\_\_

Causa(s) da interrupção: \_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_

Gestação Atual:

Pré-natal em outra unidade de saúde: ( ) Sim    ( ) Não    Local: \_\_\_\_\_

Número de consultas com médico: \_\_\_\_\_ Com enfermeiro: \_\_\_\_\_

Primeira consulta com \_\_\_\_\_ semanas de gestação.

Intercorrências obstétricas: \_\_\_\_\_

Medicações: \_\_\_\_\_

DPP: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_

### 7) INFECÇÃO PELO HIV:

Data do diagnóstico: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Forma de exposição: Sexual ( )    Parceiro HIV positivo ( )

Drogas endovenosas ( )                      Transfusão sanguínea ( )

Transmissão vertical ( )                      Desconhecida ( )                      Outros: \_\_\_\_\_

Acompanhamento da infecção: ( ) Sim    ( ) Não    Local: \_\_\_\_\_

TARV: ( ) Sim    ( ) Não

Medicações (com data de início e término): \_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_

### 8) EXAME FÍSICO

Peso: \_\_\_\_\_ kg    Altura: \_\_\_\_\_ cm    PA: \_\_\_\_\_ mmHg

IG (pela DUM): \_\_\_\_\_ semanas

IG (por USG do dia \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, com IG de \_\_\_\_\_ semanas): \_\_\_\_\_ semanas

BCF: \_\_\_\_\_ bpm      MF: \_\_\_\_\_

AU: \_\_\_\_\_ cm      DU: \_\_\_\_\_

Exame Físico Geral: \_\_\_\_\_

Exame das Mamas: \_\_\_\_\_

Exame Ginecológico: \_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_

**9) EXAMES COMPLEMENTARES**

EXAME	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO / Rh				
Glicemia de jejum				
Sorologia para toxoplasmose				
Sorologia para HIV				
CD4				
Carga Viral				
VDRL				
Urina EAS				

USG (data)	IG	Peso Fetal	Placenta	LA	Outros

Outros exames: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO A**

### **Ministério da Saúde**

#### **Secretaria de Vigilância em Saúde**

#### **Portaria ANVISA nº 34, de 28 de julho de 2005. D.O.U 29.07.2005**

Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art.36 do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, e considerando

Que o conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico torna possível a adoção de medidas que possibilitam a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada para os indivíduos infectados;

Que, em alguns locais do país, há a ausência de uma rede de laboratórios que permita um atendimento eficiente e integral da demanda de testes anti-HIV existente;

Que o Ministério da Saúde promoveu uma avaliação do uso dos testes rápidos, que validou o seu uso para o diagnóstico da infecção do HIV; e

A necessidade de buscar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Regulamentar a realização de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em serviços de saúde e maternidades, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 2º O diagnóstico da infecção pelo HIV poderá ser realizado em serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal.

Parágrafo único. Nos demais casos em que haja necessidade da implantação dessa estratégia, de acordo com a definição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, utilizar-se-á os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV.

Art. 3º O procedimento de realização dos testes rápidos somente poderá ser feito de acordo com normatização definida pela SVS/MS, a partir do resultado do estudo de avaliação dos referidos testes, conforme disposto no Anexo desta portaria.

Parágrafo único. Os procedimentos seqüenciados de que trata o Anexo desta Portaria, somente poderão ser aplicados em serviços de saúde e de acordo com cronograma de implantação estabelecido pela SVS/MS.

Art. 4º Os testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV serão realizados exclusivamente por profissionais de saúde capacitados, segundo programa de treinamento a ser definido pela SVS/MS.

Art. 5º O diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos somente poderá ser utilizado em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses.

Art. 6º Todos os laboratórios públicos, privados e conveniados que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV deverão seguir, obrigatoriamente, o disposto na Portaria nº 59/GM, de 28 de janeiro de 2003.

Art. 7º As instituições privadas poderão realizar os testes rápidos com recursos próprios, desde que:

I. Adquiram os testes definidos pela SVS/MS;

II. Desenvolvam programa de treinamento para a realização dos testes rápidos, que deverá ser submetido para apreciação e aprovação da SVS/MS; e

III. Atendam ao disposto no Anexo desta Portaria.

Art. 8º O Ministério da Saúde, por meio da SVS, responsabilizar-se-á pela aquisição e distribuição dos testes rápidos aos serviços de saúde e maternidades públicas, onde achar pertinente a aplicação destes.

§ 1º Os testes rápidos deverão ser submetidos a uma análise de controle no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS/FIOCRUZ, antes da conclusão do processo licitatório para a sua aquisição.

§ 2º A aquisição será efetivada após atender:

a) aprovação do INCQS/FIOCRUZ; e

b) registro no Ministério da Saúde.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR**

## **ANEXO B**

### **Ministério da Saúde**

#### **Secretaria de Vigilância em Saúde**

##### **Doenças de Notificação Compulsória. Portaria no- 5, de 21 de fevereiro de 2006**

Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003 e, considerando o disposto no Art. 4º da Portaria nº. 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1º Adotar a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, constante do Anexo I desta Portaria, incluindo-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.

Art. 2º A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como a ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 3º As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

Parágrafo Único: A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

I.: Serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas (e-notifica), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço *notifica@saude.gov.br* ou, diretamente pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço *www.saude.gov.br/svs*;

II. Serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas, 24 horas (Disque-Notifica) por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, sendo este serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possuam serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 4º Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo II desta Portaria, devem ser notificados em, no máximo, 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo único. A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 5º Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº. 6259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos anexo I, II e III desta Portaria.

Parágrafo único. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 6º. Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo III desta Portaria devem ser notificados, pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, conforme estabelecido no Art. 3º desta Portaria.


Art. 7º A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, obedecerá à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 8º É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR**

## ANEXO C – FICHA ADMISSÃO DE CRIANÇAS NO SETOR DE DIP DA UREMIA


**UREMIA** DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**PROGRAMA DIP PEDIATRIA**

NOME:			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: F ( ) M ( )	NATURAL:	
NOME DA MÃE:		IDADE:	DN: ___/___/___
COR:	ESCOLARIADADE:	OCUPAÇÃO:	
NOME DO PAI:		IDADE:	DN: ___/___/___
COR:	ESCOLARIADADE:	OCUPAÇÃO:	
OU RESPONSÁVEL:		IDADE:	DN: ___/___/___
ENDEREÇO:			
REFERÊNCIA:			

### HISTÓRIA PRÉ-NATAL:

PRÉ-NATAL ( ) SIM ( ) NÃO

Local: \_\_\_\_\_

Gestações: G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_

Diag. infecção por HIV: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Antes da Gravidez: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Durante a Gravidez: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

No parto TESTE RÁPIDO? ( ) SIM ( ) NÃO

Após parto: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Desconhecido

Nº de Consultas: \_\_\_\_\_

Doenças Diagnosticadas: \_\_\_\_\_

### EXPOSIÇÃO:

SEXUAL: \_\_\_\_\_

Parceiro: HIV + \_\_\_\_\_

UDEV \_\_\_\_\_

Transfundido \_\_\_\_\_

Bissexual \_\_\_\_\_

Com múltiplos parceiros \_\_\_\_\_

Desconhecidos \_\_\_\_\_

UDEV: \_\_\_\_\_

História de transfusão de sangue a partir de 1980: \_\_\_\_\_

Desconhecida: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

### TERAPIA ANTIRETROVIRAL

Na gestação? ( ) SIM ( ) NÃO

No parto? ( ) SIM Duração: \_\_\_\_\_ hs Dose: \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

Medicação: \_\_\_\_\_

### EXAMES DE CV E CD4

Na gestação? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Desconhecido

No parto? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Desconhecido

### COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

( ) SIM Qual: \_\_\_\_\_

( ) NÃO ( ) Desconhecido

### PARTO

Local: \_\_\_\_\_

Normal: \_\_\_\_\_ Episiotomia: ( ) SIM \_\_\_\_\_

Cesárea após trabalho de parto: \_\_\_\_\_

Cesárea eletiva (fora trabalho de parto): \_\_\_\_\_

Idade Gestacional: Termo \_\_\_\_\_

Pré-termo: \_\_\_\_\_

Desconhecido: \_\_\_\_\_

Semanas de Gestação: \_\_\_\_\_

Duração de ruptura de membranas: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Minutos: \_\_\_\_\_

Desconhecido: \_\_\_\_\_

### RECÉM-NASCIDO:

1. Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Kg

Desconhecido: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ cm

PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_

2. Complicações no período neonatal: ( ) SIM ( ) NÃO

Qual (Quais): \_\_\_\_\_

3. Uso de terapia antiretroviral no período neonatal: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Desconhecido

Droga: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ semanas

4. Aleitamento Materno: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Desconhecido

Se SIM, quanto tempo: \_\_\_\_\_

( ) Semanas ( ) Meses

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

( ) SIDA

( ) Hipertensão Arterial

( ) Tuberculose

( ) Convulsão Febril

( ) Toxoplasmosose

( ) Cancer

( ) Hepatites

( ) Diabetes

( ) Alergias

( ) Malformação Congênitas

( ) Outros

Qual (Quais)? \_\_\_\_\_

