

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES
INFECTADAS PELO HIV, DE ACORDO COM O MOMENTO DO
SEU DIAGNÓSTICO**

Márcia Menezes Gomes da Silva

Orientador: Prof^a. Dr^a. Daniela Riva Knauth

Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Jandyra Fachel

Porto Alegre, março de 2007.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES
INFECTADAS PELO HIV, DE ACORDO COM O
MOMENTO DO SEU DIAGNÓSTICO**

Márcia Menezes Gomes da Silva

Orientador: Prof^a. Dr^a. Daniela R. Knauth

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Medicina: Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2007

BANCA EXAMINADORA

Dra. Nêmora Tregnano Barcelos (Secretária Estadual de Saúde Rio Grande Sul)

Dr. Jair Ferreira, Professor do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia Universidade Federal Rio Grande do Sul.

Dr. Ricardo Kuchenbecker (Hospital de Clínicas de Porto Alegre)

Suplente

Dra. Mary Clarisse Bozzetti, Professora do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia Universidade Federal Rio Grande do Sul.

“A vida é a arte dos encontros, embora haja tantos desencontros pela vida. É preciso encontrar as coisas certas da vida, para que ela tenha sentido que se deseja. Assim a escolha de uma profissão também é a arte de um encontro. Porque uma vida só adquire vida quando a gente empresta nossa vida para o resto da vida”.

Vinicius de Moraes

AGRADECIMENTOS

À professora Daniela Riva Knauth, por ter me orientado no caminho da pesquisa em epidemiologia.

À UFRGS através do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina, que oportunizou uma formação acadêmica de qualidade.

Aos professores Jandyra Fachel em sua co-orientação, Sotero Mengue e demais professores do Programa pelos ensinamentos em epidemiologia e estatística.

À Andréia Fachel Leal, Paula D'elia, Betânia Bohrer e demais colegas da UFRGS pelo coleguismo e apoio na realização deste mestrado.

À Carmem Lúcia Oliveira da Silva, Marsal Lerner, Edmundo Cardoso colegas de profissão e dúvidas.

À Rosana Fonseca, Breno Riegel, Régis Kreitchamann, Gisele Preussler e funcionários dos serviços Infectologia HNSC, Fêmeina e Serviço Especializado DST/AIDS da Prefeitura de Porto Alegre pela acolhida em seus locais de trabalho, facilitando a realização deste estudo.

Aos meus pais, Gilca e Fernando, aos meus irmãos, minhas cunhadas, meus sobrinhos, aos afilhados Natália e Arthur, a Maria de Lurdes e a Laura por todos serem a minha família que é a estrutura de amor e carinho fundamentais na minha existência.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 OBJETIVO	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3 INTRODUÇÃO	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 A HISTÓRIA DA AIDS.....	17
4.2 AIDS NO BRASIL.....	20
4.3 FEMINILIZAÇÃO DA EPIDEMIA.....	22
4.3.1 A mulher e a infecção pelo HIV.....	22
4.3.1.1 Incidência de casos nas mulheres.....	22
4.3.1.2 Fatores causais para infecção na mulher	24
4.3.2 O significado da maternidade.....	27
4.3.3 Gestação na mulher portadora do HIV.....	29
4.3.4 Pré-natal na gestante infectada pelo HIV.....	36
4.3.5 Transmissão vertical do HIV	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ARTIGO	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
CONCLUSÕES	78
ANEXOS.....	80
a. Projeto de Pesquisa.....	80
b. Aprovação Comitê da Ética e Pesquisa.....	95
c. Questionário.....	97

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

AZT – Zidovudina

CD4 - Contagem plasmática linfócitos CD4

CD8 - Contagem plasmática linfócitos CD8

CDC - *Center for Disease Control and Prevention*

DST - Doença Sexualmente transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACTG - *Pediatric AIDS Clinical Trial Group*

PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST/AIDS

SINAN- Doenças de Notificação Compulsória Informações Diversas

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV – Terapêutica anti-retroviral

TMI - Transmissão Materno-Infantil

TV - Transmissão Vertical

UNAIDS – *The joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

RESUMO

Objetivo: Analisar fatores socioeconômicos, demográficos e as características do pré-natal das gestantes infectada pelo HIV, de acordo com o momento do seu diagnóstico.

Métodos: Realizou-se estudo transversal com 199 gestantes infectadas pelo HIV que tiveram seu atendimento pré-natal em três centros públicos de referência de Porto Alegre, no período de julho de 2005 a janeiro de 2006. O questionário avaliou informações sócio-econômicas, demográficas e do pré-natal. Durante a análise, elas foram divididas em 2 grupos: Grupo 1 composto de 135 gestantes (68%) que sabiam previamente a gestação o seu diagnóstico para HIV e o Grupo 2 com 64 gestantes (32%) que conheceram o diagnóstico naquele pré-natal.

Resultados: A mediana de idade das gestantes foi 26 anos (variando 15 a 42 anos). Quanto à escolaridade, 59% (n=117) delas não chegaram a concluir o ensino fundamental. 74% (n=147) não tinham nenhum tipo de renda. Em termos conjugais, 81% (n=153) das gestantes possuíam um relacionamento estável com o pai da criança e 66% (n=132) possuíam menos de 20 anos de idade quando tiveram a primeira gestação. O número mediano de gestações prévias foi 3 (variando de 1 a 13 gestações), e 37% (n=73) tiveram pelo menos um aborto prévio. Comparando os grupos, observou-se que o início do pré-natal no primeiro trimestre e o desejo de realizar ligadura tubária foi significativamente mais freqüente no Grupo 1 do que no Grupo 2. $p=0,005$ e $p=0,012$, respectivamente.

Conclusões: Não houve diferenças estatisticamente significante entre os grupos nos aspectos sócio-demográficos, todavia as gestantes que já tinham o seu diagnóstico para HIV prévio a gestação iniciaram mais precocemente seu pré-natal e mais freqüentemente requisitavam a ligadura tubária.

Palavras Chave: HIV, AIDS, transmissão vertical, transmissão perinatal.

TABELAS

Tabela 1 - Variáveis avaliadas que não apresentaram valores estatisticamente significantes em análise qui-quadrado/resíduo ajustado entre os dois grupos : gestantes que sabiam previamente do diagnóstico HIV (grupo 1) e as que souberam neste pré-natal (grupo 2).....72

Tabela 2 - Variáveis avaliadas que apresentaram valores estatisticamente significantes em análise qui-quadrado/resíduo ajustado entre dois grupos: gestantes que sabiam previamente do diagnóstico HIV (grupo 1) e as que souberam neste pré-natal (grupo 2)..... 73

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Análise de correspondência entre o momento do diagnóstico infectada pelo HIV e a data da primeira consulta no pré-natal.....	74
Gráfico 2 - Análise de correspondência entre o momento do diagnóstico do HIV e o desejo de realizar ligadura tubária.....	75
Gráfico 3 - Análise de correspondência entre o momento do diagnóstico do HIV e o número de gestações.....	76

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Características das gestantes infectadas pelo HIV, de acordo o momento do seu diagnóstico”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.

Artigo(s)

Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as características socioeconômicas, demográficas e do pré-natal das gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana em três centros de referência em Porto Alegre, RS.

3 INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos a respeito da patologia que veio a ser denominada Síndrome Imunodeficiência Adquirida em Humanos (AIDS) foram realizados em 1981 (CDC, 1981) sendo que dentre as inúmeras descobertas feitas, provavelmente, a mais promissora foi a possibilidade de redução da transmissão materno infantil do HIV.

O primeiro protocolo de estudo realizado para tentar interferir na transmissão do HIV das gestantes para seus filhos através da administração de anti-retrovirais foi o PACTG - *Pediatric AIDS Clinical Trial Group 076* - em 1994 (CONNOR, 1994). Esse estudo, feito com gestantes infectadas, demonstrou uma redução de cerca de 70% da transmissão da infecção dessas mulheres para seus filhos.

Nesse mesmo ano, baseado nessas evidências, o CDC - *Center for Disease Control and Prevention* - publicou a recomendação para o uso de zidovudina pelas gestantes no segundo e no terceiro trimestre de gestação, durante o parto e pela criança nas primeiras seis semanas de vida (CDC, 1994).

O Ministério da Saúde do Brasil, tendo em vista o crescimento da epidemia na população feminina, publicou em 1995, uma norma específica sobre prevenção da transmissão vertical, estabelecendo-a como uma das prioridades do Programa Nacional de DST/AIDS.

As recomendações contidas nessa publicação foram efetivadas e implementadas sendo incluídas nos manuais de recomendações para o tratamento de adultos e crianças infectadas pelo HIV no ano de 1997 (Portaria Técnica Ministerial nº. 874/97) (BRASIL, 1997).

O meu interesse pelo assunto começou durante o período do programa de residência médica em pediatria no Hospital da Criança Conceição (GHC) em 1997. As medidas de profilaxia para gestante e para recém-nascido eram vistas com muito entusiasmo e dedicação pela maioria dos profissionais da saúde, e, assim, os serviços da Ginecologia e Obstetrícia e o de Pediatria se organizavam para novas rotinas e condutas.

Participar desse processo durante a formação médica e começar a escrever de outra forma a história dessas famílias acometidas pela doença era uma motivação com a qual os pediatras, em geral, depararam-se naquele momento. Vários outros serviços de saúde pública em Porto Alegre e em todo Brasil foram contaminados por essa iniciativa (NOGUEIRA et al., 2001).

As demandas de novas rotinas para atendimento a essa população infectada pelo HIV e organização dos serviços de saúde foram aumentando, e, conjuntamente com Ministério da Saúde e Secretária do Estado, programas de capacitação no atendimento médico e atendimento multidisciplinar a essa população foram sendo realizados no estado e no Brasil.

Os profissionais que iniciaram a atuação nessa área, num primeiro momento, em um número muito reduzido, começaram precocemente a trocar informações, dúvidas, ansiedades e, assim, foram detectando que os problemas enfrentados eram semelhantes, independentes do serviço, da cidade e do estado do nosso país.

Por outro lado, o difícil acesso aos serviços de saúde e aos exames laboratoriais, assim como a falta de diagnóstico devido a inúmeros motivos que impediam a obtenção de um pré-natal mais completo (é importante destacar que, entre eles, houve a dificuldade dos próprios médicos em solicitar o exame para suas pacientes, pois não as viam como grupo de risco) tornavam a realidade muito longe de uma situação ideal.

A partir da utilização de medidas profiláticas, ou, porque não dizer, terapêuticas, na redução a níveis muito baixos de transmissão materno infantil do HIV, as equipes de saúde que atendiam essas pessoas também tiveram que repensar a maneira mais apropriada de lidar com as necessidades reprodutivas das mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. Tais mulheres tornaram-se uma parcela grande da população, principalmente, as que se encontravam na faixa etária fértil.

O número de mulheres que engravidam e retornam a engravidar em vigência da infecção pelo vírus não é pequeno e os dados disponíveis ainda não demonstram a total realidade, mas apenas uma estimativa de qual é a população brasileira de gestantes portadoras do HIV (CAVALCANTE et al., 2004; CHRISTOVAM et al., 2006; BRASIL, 2004).

Visto que a qualidade no atendimento a essas pacientes é fundamental para a saúde do binômio mãe-bebê e para a prevenção da transmissão do HIV dessa para o seu conceito, este estudo tem como objetivo principal conhecer e descrever as características das gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana, seus aspectos socioeconômicos e o pré-natal realizado em três grandes centros públicos de referência em atendimento a essa população em Porto Alegre.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A HISTÓRIA DA AIDS

Os primeiros relatos da patologia que veio a ser denominada de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em Humanos (AIDS) foram publicados em 1981 (CDC, 1981), nos Estados Unidos, quando foram notificados ao *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), vários casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de Sarcoma de Kaposi em homens que mantinham relações sexuais com outros homens (FAUCI, 2003).

Dois anos após foi identificado o vírus da imunodeficiência humana (HIV) descrito, então, como um vírus pertencente à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos e sendo responsável pelas manifestações clínicas relacionadas à AIDS (BARRE-SINOUSI et al., 1983).

O HIV é um vírus RNA que apresenta uma enzima chamada transcriptase reversa que realiza a transcrição do RNA viral em DNA e integra-se ao genoma da célula do hospedeiro, passando a chamar-se provírus. O DNA viral é copiado em RNA mensageiro e é transcrito em proteínas virais ocorrendo, a montagem do vírus e posterior gemulação (RACHID, 2004).

As principais células que serão infectadas são aquelas que possuem a molécula de CD4 em sua superfície que são, predominantemente, os linfócitos CD4, os macrófagos e as células dendríticas. Na superfície do linfócito CD4

existem receptores do vírus que viabilizam a invasão celular do HIV (DYBUL, CONNORS e FAUCI, 2005).

Em 1996, novas moléculas foram identificadas e descritas como os receptores de quimiocinas, entre elas, CCR5, CXCR4 e CCR2 presentes na superfície das células que também são fundamentais para a infecção celular.

O HIV é principalmente transmitido através das relações sexuais desprotegidas com indivíduos portadores, por meio da transfusão de sangue e derivados, seringa e agulhas infectadas e da gestante infectada para seu filho durante gestação, parto e aleitamento (CDC, 1985; CONNOR, SPERLING e GELBER, 1994; BRASIL, 2006c).

Com a descoberta e a prescrição de potentes esquemas de terapêutica anti-retrovirais (FAUCI, 2003; RACHID, 2004; BRASIL, 2006b; 2000c) na prática clínica e o uso esquematizado de profilaxias para infecções oportunistas, houve uma grande queda na letalidade e na morbidade das pessoas infectadas e que haviam apresentado o desenvolvimento da doença pelo vírus da imunodeficiência humana, passando a ser encarada como crônica.

As taxas de mortalidade no Brasil devido a AIDS, no início da década de 90, eram cerca de 11 óbitos por 100 mil habitantes e, a partir ano 2000, essa taxa se estabilizou em 6,4 óbitos (MERSON e PIOT, 2005; BRASIL, 2005b).

A partir de 1998, em muitos centros da Europa, Estados Unidos e do Brasil, as causas de óbitos em indivíduos portadores do HIV deixaram de ser as infecções oportunistas e passaram a ser semelhantes às relatadas em indivíduos da mesma faixa etária (RACHID, 2004; INÊS et al., 2006).

Assim, desde os primeiros casos descritos de AIDS no mundo, no início dos anos oitenta, (CDC, 1981) houve muitas variações e diferentes padrões de disseminação daquela que, inicialmente, foi descrita como a “Peste gay”.

Primeiramente a epidemia atingia, preferencialmente, homens que faziam sexo com outros homens, brancos e de classe média ou alta que viviam em grandes metrópoles (WHO, 1986) e, atualmente apresenta a tendência a feminilização da doença.

Até o final de 2005 já houve o relato das mortes de 25 milhões de pessoas decorrentes da AIDS sendo que só até o final desse mesmo ano há uma estimativa de que ocorreram 4,9 milhões de novos casos no mundo de infecção pelo HIV. Há 40 milhões de pessoas que vivem com a doença mundialmente, e sabe-se que 95% dessa população encontra-se na África Sub-saariana, no Leste Europeu e na Ásia (PETER e LAMPTEY, 2006; CDC, 2006a; WHO, 2006b).

4.2 AIDS NO BRASIL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que, em 2002, dos 6 milhões de pessoas que necessitavam de TARV - que viviam em países em desenvolvimento -, somente 4% tinham acesso a essas medicações; sendo que metade destes indivíduos que tinha acesso a TARV estava no Brasil (BARCELOS, KUCHENBECKER e FERREIRA, 2004).

Em virtude dos esforços - de entidades governamentais e não-governamentais - este panorama de acesso à terapêutica anti-retroviral em países em desenvolvimento para população aumentou para 23% dos 4,6 milhões atuais que necessitam do tratamento anti-retroviral (WHO, 2006a; WHO, 2006b).

O Brasil possui um programa nacional de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS organizado nos três níveis (federal, estadual e municipal) do Sistema Único de Saúde (SUS) com acesso universal e gratuito às medicações anti-retrovirais e aos exames laboratoriais a toda população (BRASIL, 2006a; 2006b; 2006c).

Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde foram notificados 433.067 casos confirmados de AIDS no período de 1980 a junho de 2006, e as taxas de nacionais de incidência passando de 0,4 casos em 1985 para 18 casos em 100.000 habitantes no ano de 2005 (BRASIL, 2005b).

Esta taxa foi a menor desde 2002, e no Brasil, mantém-se ainda elevada, fundamentalmente, devido ao crescimento do número de casos entre as mulheres (BRASIL, 2005b; WHO, 2006b).

Atualmente, estima-se que aproximadamente 600 mil pessoas vivem com a infecção pelo HIV, no Brasil. Esses números permanecem estáveis desde o ano de 2000. As regiões brasileiras que apresentam os maiores números de notificações são as regiões sul e a sudeste - nestas regiões a incidência é, respectivamente, de 24 e 22 casos por 100.00 habitantes (BRASIL, 2005b).

O sul e o sudeste - apesar de serem as regiões mais atingidas desde o início da epidemia – mostram um processo de estabilização, iniciado em 2001. O mesmo não tem sido visto em outras regiões no Brasil, onde as taxas de incidência têm aumentado neste mesmo período (BRASIL, 2005b).

É importante ressaltar que, em nosso país, os dados relacionados à incidência e à prevalência da infecção pelo HIV são de informações obtidas através das fichas de notificação, onde, porém, são notificados os indivíduos referentes aos casos de AIDS que desenvolveram a doença - ou com CD4 < 350 mm³ e não os indivíduos assintomáticos sem imunossupressão (RACHID, 2004).

4.3 FEMINILIZAÇÃO DA EPIDEMIA

4.3.1 A mulher e a infecção pelo HIV

4.3.1.1 Incidência de casos nas mulheres

Ao final de 2006, dados da UNAIDS - Programa conjunto das nações contra HIV/AIDS (WHO, 2006b) - estimaram que 39,5 milhões de pessoas estavam infectados mundialmente, e dessas, mais de 17,7 milhões eram mulheres. A maioria delas está em idade reprodutiva e perfazem, assim, cerca de 45 % da população mundial infectada pelo HIV.

O sexo masculino foi o mais afetado nos primórdios da epidemia (BRASIL, 2005b). Todavia observou-se que o número de mulheres infectadas, atualmente, ultrapassa aos homens, especialmente nos países em desenvolvimento como, por exemplo, os da África onde para cada 10 homens que vivem com HIV há 14 mulheres infectadas (WHO, 2006b). Nesses casos, a grande maioria das mulheres vive em extrema pobreza devido ao baixo nível socioeconômico e cultural.

Na África Sub-saariana cerca de 59% da população infectada pelo HIV são mulheres, especialmente as que se encontram na faixa etária abaixo dos 25 anos. Além de essas mulheres possuem uma probabilidade maior de serem infectadas do que os homens, provavelmente, serão elas as cuidadoras naturais das pessoas atingidas pela epidemia dentro do núcleo familiar (WHO, 2006b).

Dados do cenário nacional demonstraram que até o final de 2005, aproximadamente, 32 % dos casos de AIDS correspondiam a mulheres, com

uma taxa de incidência que passou de 0,4 casos em 1987 para 14,2 casos por 100.000 habitantes em 2005 (BRASIL, 2005b).

No que tange as características de gênero da epidemia no Brasil, os dados iniciais em 1985 mostravam que para cada caso novo de AIDS em mulher, haviam cerca de 27 novos casos em homens. Em 1997, essa relação passou a ser de 2:1 e foi se equiparando até chegar, a partir de 2003, a valores de 1,5: 1 (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2005b).

Destacou-se que, para o sexo masculino, houve uma redução na incidência de casos em todas as faixas etárias no período de 1995 a 2005. Isto excetuando os homens em idade superior a 40 anos. Nas mulheres a situação demonstrada foi o aumento em todas as faixas etárias neste mesmo período, caracterizando a tendência da feminilização da epidemia (BRITO, CASTILHO e SZWARCOWALD, 2005; WHO, 2006b; FONSECA, SZWARCOWALD e BASTOS, 2002; BRASIL, 2005b; BRITO et al., 2006).

O aumento da incidência de casos de AIDS nos indivíduos acima de 40 anos - em ambos os sexos - demonstra a tendência do envelhecimento como também característica atual da epidemia no Brasil.

A incidência de casos de AIDS no período de 1996 a 2000 segundo Ministério da Saúde, foi maior em mulheres na faixa etária de 13 a 30 anos, excedendo a infecção em homens em cerca de oito a dez percento (BRASIL, 2000b).

Nas mulheres com mais de 30 anos o crescimento do número de casos de AIDS está sendo observado desde o início da década de 90 (BRASIL,

2005b). Este aumento na população feminina não se restringe apenas aos países em desenvolvimento, como mostram os dados americanos, onde a população feminina também faz parte da parcela que vem apresentando os maiores índices de crescimento (BENNETT, 2005; CDC, 2006a). Nos Estados Unidos, em 1985, as mulheres representavam 7% dos casos novos de AIDS e, em 2001, houve um aumento dessas taxas alcançando 26 % (COHN e CLARK, 2005).

4.3.1.2 Fatores causais para infecção na mulher

Diversos estudos têm atribuído causas tanto biológicas quanto socioeconômicas para essa maior vulnerabilidade descrita na população feminina detectada pelo crescente aumento nas taxas de incidência (BASTOS e SZWARCOWALD, 2000; COHN e CLARK, 2005; CHRISTOVAM et al., 2006; VERMELHO, SILVA e COSTA, 2006).

Em relação às questões biológicas do mecanismo de transmissão do HIV, tem sido descrita a presença de elevada carga viral no sêmen comparada a da secreção cervicovaginal e as peculiaridades do sistema reprodutor feminino - isto devido a maior susceptibilidade ao trauma e maior superfície de contato da mucosa vaginal (RACHID, 2004; COHN, CLARK, 2005).

Considera-se também que as mulheres mais jovens têm aparelho genital “imaturo” e mantém relação com homens mais velhos que têm maior atividade sexual e maior risco exposição sexual ao vírus (BASTOS e SZWARCOWALD, 2000).

Comprovadamente em cerca de 94% dos casos de infecção pelo HIV na população feminina ocorram através da transmissão heterossexual do vírus pelo parceiro (BRASIL, 2005b). Na África, continente de maior prevalência da infecção pelo HIV decorrente da transmissão heterossexual, o fato dos relacionamentos e as práticas sexuais serem incentivadas precocemente colabora com esta hipótese (WHO, 2006b).

Em nosso país, dados sobre a fecundidade da população geral feminina demonstram que as taxas nas faixas etárias menores de 20 anos é 32% (WHO, 1986; BRASIL/IBGE, 2000) - esse período é considerado, segundo critérios da OMS, adolescência (WHO, 2006a).

Em 1991 dados nacionais mostravam que, referentes a pessoas infectadas pelo HIV o grau de escolaridade diferia entre os gêneros. Estes mostravam que 51% das mulheres com AIDS não tinham completado ensino fundamental, comparado com 39% dos homens na mesma situação (BRASIL, 2000b). No ano de 2000 essa proporção tinha aumentado 67% nas mulheres e 60% nos homens respectivamente (BRASIL, 2000b).

Alguns estudos nacionais, como o estudo de uma coorte de meninas nascidas em Pelotas, RS, que compararam a escolaridade dos grupos de meninas com gestação na adolescência e sem gestação na adolescência, demonstrou que entre as sem gestação, 76%, completavam no mínimo, 9 anos de estudo comparadas às com gestação onde, apenas 28% completavam no mínimo 9 anos de estudo (GONÇALVES e GIGANTE, 2006).

Esses resultados, no entanto, não são suficientes para avaliar o nível de escolaridade como precedente ou conseqüente à gravidez na adolescência.

Entretanto como ambos os fatores estão ligados à maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, esta parcela da população feminina se encontra muito exposta, pois esses fatores se somam em risco de aquisição da doença (AQUINO et al., 2003; GONÇALVES e GIGANTE, 2006).

Neste mesmo contexto, alguns estudos têm demonstrado que as características socioeconômicas são associadas às condições que vulnerabilizam a população feminina pertencente aos países em desenvolvimento (STEFANI, ARAÚJO e ROCHA, 2004). Em uma revisão sobre as tendências da infecção na população feminina, foi ressaltada que, muitas vezes, as mulheres deixam de exigir o uso preservativo para evitar violência física e por serem economicamente dependentes de seus parceiros (CAMPBELL, 1990; GIR et al., 2006).

Em um estudo em São Paulo com 586 mulheres infectadas acompanhadas no serviço de atendimento a pacientes com HIV/AIDS entre 1997 a 2001, 61 delas, ou seja, 10,4% apresentaram-se grávidas naquele período e a média da faixa etária era entre 20 a 29 anos, sendo a baixa escolaridade e a ocupação como dona de casa eram as características da maioria das mulheres estudadas (LANDRONI, 2004).

Um estudo realizado em Pelotas, RS, onde foram entrevistadas 340 mulheres HIV positivas que são acompanhadas pelo Serviço Atendimento Especializado DST/AIDS, demonstrou que a renda familiar per capita delas era menos de um salário mínimo em 88% dos casos e 51% não havia tido renda no último mês (SILVEIRA e SANTOS, 2005).

Assim, neste contexto nacional um grande número de pessoas, principalmente mulheres, infectadas encontra-se numa situação de pobreza e baixa educação (STEFANI, ARAÚJO e ROCHA, 2004).

Como estratégia de redução da disseminação da infecção pelo HIV, e visando salientar a atenção da população feminina, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS, iniciou com alertas educativos e medidas de prevenção focalizada nessa população (LEVINE e DUBLER, 1990; AYRES et al, 1999; BRASIL, 2000b; 2000c). O uso do preservativo feminino, a testagem para HIV durante o pré-natal, o teste rápido para HIV na maternidade para as gestantes sem testagem no pré-natal e orientações sobre planejamento familiar foram acrescentadas nas rotinas de atendimento. Isto com intuito de oferecer um melhor atendimento à saúde dessas mulheres e, conseqüentemente, a diminuição do risco de transmissão do HIV para seus filhos.

4.3.2 O significado da maternidade

No início dos anos 90, os profissionais de saúde que atendiam as usuárias de serviços especializados em AIDS -, principalmente ancorados nos riscos de transmissão vertical do HIV - manifestavam sentimentos de indignação ou, no mínimo, de incompreensão diante de uma mulher soropositiva que manifestasse o desejo de engravidar ou ainda que chegasse grávida ao serviço (CAMPBELL, 1990; DIAS, 1999).

Tal silogismo que pressupõe o risco da transmissão vertical, parece não ter papel determinante na trajetória reprodutiva das pessoas infectadas pelo HIV (BASTOS e SZWARCOWALD, 2000; SANTOS et al., 2002).

Em um estudo que verificava o significado de um filho para a mulher portadora do HIV, demonstrou que a maternidade pode ser uma base de suporte emocional e psicológico para elas lidarem com a doença (ROMANELLI, 2006). Parece que para essas mulheres o desejo de ser mãe subjuga o fato de estarem contaminadas. Isto nos instiga a pensar na dimensão individual desse desejo (BRASIL, 2000a).

Pode-se analisar que talvez exista um significado simbólico que perpassa a decisão das mulheres portadoras do HIV por manter uma gestação: como por exemplo, a possibilidade de sentirem-se plenamente saudáveis, pois carregam uma vida em si.

O relato de muitas mulheres infectadas pelo HIV é que não desistiram de lutar para viver porque tornaram-se mães. A responsabilidade pelas crianças, se por um lado é um peso e uma exigência, por outro é a possibilidade de poder cuidar de alguém, um vínculo afetivo, vínculo que traz a mulher para o real, concreto, conferindo sentido para seu viver (BRASIL, 2000a).

Maternidade é um elemento definidor do feminino. Segundo o trabalho desenvolvido pelo grupo “Fios da vida” (Tecendo feminino em tempos de Aids) viver a maternidade é uma das principais realizações da mulher. O desejo e/ou planejamento da mulher infectada pelo HIV de ter ou não mais filhos também fica sobre o olhar do outro, um outro externo e internalizado que é visto no

papel das equipes de saúde responsáveis por seu acompanhamento clínico (BRASIL, 2000a).

Além da gestação dessas mulheres estar associada ao risco de transmissão vertical, a gravidez e os filhos podem significar, para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, a oportunidade de afirmar o vínculo conjugal.

A gestação como uma forma de reforçar o envolvimento afetivo com o companheiro, também é uma possibilidade de ganhar um novo status social no grupo. Além disso, a maternidade se configura como uma das formas de adquirir uma autonomia social, algo que não se restringe as mulheres infectadas pelo HIV (KNAUTH, 1997a; GONÇALVES e GIGANTE, 2006).

Segundo Knauth (1997b), as mulheres, geralmente não consideram seus parceiros culpados pela infecção. Em alguns casos há ainda a necessidade de manter o diagnóstico em segredo do parceiro, pois também há o medo de perdê-lo (WHO, 1986; KNAUTH, 1997b; GIACOMOZZI e CAMARGO, 2004).

4.3.3 Gestação na mulher portadora do HIV

Em uma publicação do CDC (1985) no início da epidemia recomendava-se que a gestação em mulher sabidamente portadora do HIV deveria ser postergada ou que sua interrupção deveria ser aventada. Outra publicação do mesmo órgão, três anos após, ressaltava que as mulheres portadoras do HIV, conscientes da doença, não deveriam desejar ter filhos (CDC, 1994).

Até o início da década de noventa, os estudos pioneiros que investigaram as percepções e decisões de mulheres infectadas pelo HIV em relação a uma gestação, eram baseados em dados de uma época em que não havia perspectivas da profilaxia da transmissão vertical (CONNOR et al., 1994).

Apesar da gravidez e da infecção pelo HIV serem condições descritas como imunossupressoras, grandes estudos multicentricos nos Estados Unidos e na Europa não conseguiram comprovar que a gravidez acelera a replicação viral ou a progressão para AIDS (BESSINGER et al., 1998). Também, a infecção materna pelo HIV não foi associada a anomalias fetais, ao parto prematuro, ao baixo peso ao nascer ou a outras anormalidades relacionadas, especificamente à gravidez na presença da infecção pelo HIV (MOFENSON et al., 1999; CDC, 2006a).

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, entretanto, possibilita um melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical (BRASIL, 2005a; GIANVECCHIO e GOLDBERG, 2005; CDC, 2006a). Assim, o controle pré-concepcional do casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação da imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis (abaixo de 50 cópias) (BRASIL, 2005a).

Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais portadores do HIV (sorodiscordantes ou soroconcordantes) a prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, incluindo a não amamentação, permitem que

a gestação ocorra em circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança, promovendo melhores resultados maternos e pré-natais (BRASIL, 2005a).

O Brasil é referência mundial pelo seu programa de assistência ao indivíduo com HIV/AIDS, sendo oferecido à gestante assistência ao pré-natal, TARV, realização de exames laboratoriais, via de parto de acordo com o manual de recomendações para profilaxia transmissão vertical, baseado em estudos nacionais e internacionais e o atendimento pediátrico especializado além da formula láctea até 6 meses da criança devido à contra-indicação do aleitamento materno (INÊS et al., 2006).

O uso da zidovudina está disponível a todas as gestantes infectada pelo HIV e as seus filhos desde 1997 seguindo as normas de recomendação do tratamento da gestante infectada pelo HIV do Ministério da Saúde. A zidovudina foi à primeira medicação utilizada para profilaxia da transmissão vertical em monoterapia a partir 14^a semana gestação, no parto e pelo recém-nascido até completar as seis semanas de vida (CONNOR et al., 1994).

Após esses estudos, vários outros, nesta mesma linha de pesquisa, foram sendo realizados, com o objetivo de reduzir, ainda mais, as taxas de transmissão vertical do HIV.

Muitos esforços têm sido dedicados a tornar a terapêutica anti-retroviral mais acessível, aos países em desenvolvimento, nos quais ela não se encontra disponível para toda população (BRASIL, 1997; SHAFFER, 1999; Jackson et al., 2003; MOFENSON, 2006).

Apesar deste conhecimento, ainda há dificuldade da rede pública de saúde em prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV a todas gestantes. Em certas regiões brasileiras, há uma cobertura insuficiente dos testes anti-HIV entre as mulheres que realizam o pré-natal. A esta dificuldade soma-se o fato, do Ministério da saúde estimar que o uso de zidovudina injetável no momento do parto é utilizado em menos de 60% das gestantes infectadas pelo HIV (BRASIL, 2004; MONITORAIDS, 2004).

Dados sobre a realidade nacional apontam, segundo Ministério da Saúde, que, anualmente, três milhões de mulheres dão a luz no Brasil e que desse total de cerca 0,5% são gestantes portadoras do HIV (BRASIL, 2005a; VERMELHO, SILVA e COSTA, 2006; BRITO et al., 2006; FRANÇA-JUNIOR, 2006). Até o ano de 2005, no Brasil, foram notificadas 23.462 gestantes portadoras do HIV/AIDS, sendo 2.322 identificadas no ano 2005 (BRASIL, 2005b). Na África, o continente que apresenta os maiores índices de prevalência da infecção pelo HIV, cerca de 30% das gestantes encontram-se infectadas pelo HIV (WHO, 2006b).

Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, as taxas de prevalência do HIV em gestantes têm sido acompanhadas desde setembro de 2001, através da ficha de investigação da Gestante HIV positiva e a criança exposta pela equipe de vigilância das doenças transmissíveis (EVDT) do município. Segundo dados do serviço, nos anos 2002 e 2003, um percentual de 3 % dos nascidos vivos foi exposto ao vírus durante gestação ou parto, com a média de 500 gestantes HIV positivas investigadas a cada ano (CHRISTOVAM et al., 2006).

A gestante com sorologia positiva para o HIV e a criança exposta ao risco transmissão vertical constituem-se em agravo de notificação compulsória, a partir de portaria do Ministério da Saúde publicada no ano de 2000. (Portaria nº. 993/GM, de 04/09/2000, Ministério da Saúde, DOU Seção 1 p.1) estabelecidos pelo Ministério da Saúde - Portaria nº. 59/GM, de 28/01/2003, e Portaria nº34/SVS, de 28/07/2005.

O preenchimento desta ficha de notificação é realizado pelos profissionais dos serviços que atenderam estas gestantes no momento do pré-natal e/ou parto e pelo serviço de infectologia pediátrica.

Desse modo, o pré-natal é uma oportunidade já existente e necessária para o diagnóstico dessas mulheres. A identificação dessa população contribui para uma intervenção mais efetiva, não apenas no pré e peri-parto, mas também no pós-parto dessas mulheres e, porque não dizer, de seus parceiros (BRASIL, 2000b; 2000c; BRITO, CASTILHO e SZWARCOWALD, 2001; MONITORAIDS, 2004; STEFANI, ARAÚJO e ROCHA, 2004; GIR, 2006).

Um outro dado importante sobre o pré-natal das brasileiras, na população, em geral, é que 50% das gestações não são planejadas (BRASIL, 2005a), e estes dados se reproduzem na população de mulheres infectadas, segundo estudos específicos com esta população (DIAS, 1999; BRASIL, 2000a; ROMANELLI, 2006).

Visto que a maior parcela de mulheres infectadas, no Brasil encontra-se em faixa etária fértil, algumas pesquisas realizadas com essas mulheres indicam que boa parcela das mesmas sabiam do seu diagnóstico antes de

engravidarem ou ficaram sabendo na vigência do pré-natal (BRASIL,2004; KREITCHMANN, 2004b; SILVEIRA e SANTOS, 2005; ROMANELLI, 2006).

Uma pesquisa realizada com gestantes infectadas pelo HIV em um hospital escola no interior de São Paulo, demonstrou que, com relação ao motivo que as levou a realizar o teste sorológico de anti-HIV, 60% das mulheres relataram como o motivo a gravidez (GIR et al., 2006). Em outros dados referentes também a gestantes em acompanhamento verificou-se que 70% tiveram o diagnóstico de HIV positivo durante a gestação ou parto (STEFANI, ARAÚJO e ROCHA, 2004).

Em um estudo realizado serviço de atendimento ao pré-natal de alto-risco da Universidade Federal Minas Gerais, com 90 gestantes infectadas pelo HIV, 38,9% tiveram diagnóstico da infecção HIV durante o atual pré-natal, e 61,1% já se sabiam HIV. Dessas, que já sabiam seu diagnóstico, 34,5% soube em pré-natal anterior. Portanto, neste estudo, 60% tiveram seu diagnóstico durante a propedêutica de um pré-natal (ROMANELLI, 2006).

Um estudo de coorte realizado em Porto Alegre de janeiro 1997 a 2000 com 322 gestantes infectadas pelo HIV constatou que 57% destas mulheres tiveram seu diagnóstico na gestação atual e 43% sabiam previamente da sua condição de infectada sendo que dentre essas 26% já usavam TARV (KREITCHMANN, 2004a).

Outro estudo de caráter descritivo retrospectivo realizado no período março de 2002 até final de janeiro de 2003 - com banco de dados dos SINASC, SINAN e LACEN do Ceará - identificando grávidas infectadas pelo HIV que tiveram filhos em maternidades públicas de 1999 a 2001 em Fortaleza,

verificou que 35,5%, das 138 gestantes estudadas já se sabiam portadoras do HIV antes da gestação (CAVALCANTE et al., 2004). Nesse estudo as mulheres que conheciam sua soropositividade para HIV antes da gestação tiveram maior probabilidade de serem submetidas a todas as etapas para prevenção da transmissão vertical.

Todavia, de uma maneira em geral, as efetivas taxas de fecundidade das mulheres portadoras do HIV são desconhecidas em nosso país (CHRISTOVAM et al., 2006; ROMANELLI, 2006; BRITO et al., 2006; VERMELHO, SILVA e COSTA, 2006).

Em relação às estratégias de planejamento familiar definitivo como, por exemplo, a ligadura tubária na população de mulheres infectadas pelo HIV Knauth et al (BARBOSA e KNAUTH, 2003; HOPKINS et al., 2005) entrevistaram 60 gestantes infectadas pelo HIV em São Paulo e Porto Alegre e verificaram que elas manifestaram o desejo de realizar cesárea em virtude da redução das taxas de TV e da possibilidade de realização simultânea do procedimento.

4.3.4 Pré-natal na Gestante infectada pelo HIV

A atenção aos cuidados de pré-natal é comprovadamente uma importante ferramenta na qualidade da saúde feminina e de seu concepto. É utilizado como um indicador de boa prática, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública (HALPERN et al., 1998; BRASIL, 2005a; SILVEIRA e SANTOS, 2005).

No Brasil, vem-se registrando o aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003 (SIA-Datasus; AIH-Datasus, 2004 e BRASIL, 2005a).

A captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias do início da gestação e a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação são condutas comprovadas de uma boa qualidade de pré-natal conforme orientações do manual técnico brasileiro (BRASIL, 2005a).

Alguns índices de avaliação da boa qualidade do pré-natal são descritos na literatura com objetivo de quantificar essa avaliação - como o Índice de Kessner, o APNCUI (*Adequacy Prenatal Care Utilization Index*) ou Índice de Kotelchuck e o índice de Kessner modificado (LEAL, 2004).

O Índice de Kessner, por exemplo, é um algoritmo baseado no trimestre em que o cuidado pré-natal se inicia e no número de consultas, ajustado para a

idade gestacional, sendo definido por três categorias de utilização: pré-natal adequado, intermediário e inadequado (HALPERN et al., 1998).

A maioria das investigações se concentra no uso dos indicadores quantitativos, através de informações sobre a idade gestacional de início do cuidado e o número de consultas de pré-natal, isoladas ou combinadas, controladas ou não para a duração da gestação.

No caso da gestante portadora do HIV são bem descritas as taxas de redução da transmissão vertical naquelas que iniciam precocemente as consultas de pré-natal, e realizam o tratamento com ARV durante a gestação, trabalho de parto e administração do xarope de zidovudina para o bebê durante os 42 primeiros dias de vida (NAPRAVNIK et al., 2000; GIANVECCHIO e GOLDBERG, 2005; BRAIL, 2006b; MARTÍNEZ et al, 2006).

Assim, como foi descrito em uma análise realizada de 2001 a 2003 - pela equipe de vigilância das doenças transmissíveis (EVDT) de Porto Alegre - com número de consultas no pré-natal das gestantes HIV positivas e os casos de transmissão vertical, demonstrando que as gestantes que realizaram até 2 consultas apresentaram uma maior incidência de crianças infectadas pelo HIV quando comparadas as que realizaram maior número de consultas no pré-natal (WACHHOLZ, STELLA e CUNHA, 2006).

Apesar das medidas preventivas serem vigentes, no Brasil, desde 1996, e orientadas pelo manual de recomendações de tratamento da gestante portadora do HIV do Ministério da Saúde, cerca de 30% das mulheres grávidas portadoras do HIV chegam ao trabalho de parto sem saberem que estão infectadas ou sem qualquer prevenção da transmissão vertical, embora a rede

pública ofereça diagnóstico e tratamento universal e gratuito a população (MONITORAIDS, 2004; PAIVA, PUPO e BARBOZA, 2006).

4.3.5 Transmissão vertical do HIV

A transmissão vertical do HIV ocorre em cerca de 70% durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. O restante ocorre intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação (BRASIL, 1997; HALPERN et al., 1998; MONITORAIDS, 2004), havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno (BRITO et al., 2006; BRASIL, 2002).

A transmissão materno- infantil é um processo multifatorial influenciado por fatores virais, imunológicos e clínicos na mãe e no infante. A carga viral plasmática materna é o fator preditivo mais forte de risco da infecção fetal (GARCIA et al., 1999; COHN e CLARK, 2005; MARTÍNEZ et al., 2006; MOFENSON, 2006).

Também foi demonstrado que as gestantes infectadas em estado mais avançado da doença com contagens de células CD4 mais baixas têm risco maior de transmitir o HIV (GARCIA et al., 1999).

A infecção primária pelo HIV durante a gestação ou na vigência do aleitamento materno, associada a altos valores de contagem viral, também são associados às altas taxas de transmissão materna do HIV (MARTÍNEZ et al., 2006). Nenhum limiar de valores de carga viral foi associado ao risco zero de

ocorrência da infecção fetal, ou seja, gestantes com RNA do HIV não detectáveis no plasma já transmitiram o HIV perinatalmente.

Fatores obstétricos também estão associados ao aumento da transmissão perinatal do HIV, por exemplo, corioamnionite, placenta prévia, o parto prematuro e as intervenções invasivas como a amniocentese (MOFENSON et al., 1999; BRASIL, 2006b).

O primeiro estudo realizado para tentar interferir na transmissão do HIV das gestantes para seus filhos através da administração de anti-retrovirais foi *Pediatric AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076)* em 1994 (CONNOR et al., 1994), que, foi um estudo randomizado duplo-cego, que obteve como resultado uma redução de 67,5% da transmissão do HIV no grupo de gestantes em uso de zidovudina. Nele foram avaliadas 363 gestantes portadoras do HIV entre 14^o e 34^o semana de gestação.

Posteriormente um estudo randomizado duplo-cego realizado no período de 1997 a 2000 nos Estados Unidos, Europa, Brasil e Bahamas com 1270 gestantes portadoras do HIV, com uso da nevirapina pelas gestantes (n= 642) versus placebo (n= 628) na dose 200 mg de nevirapina no momento parto e 2m/kg para recém-nascido nas primeiras 48 a 72 horas após nascimento. Foi realizada a análise da transmissão vertical do HIV com o esquema contendo nevirapina versus placebo associado três esquemas-com zidovudina monoterapia, combinações sem inibidores protease e esquema com inibidores protease.

Os resultados, porém, não foram tão satisfatórios e ainda se detectou a ocorrência de rápido surgimento de resistência mutacional à nevirapina e

insuficiência hepática grave para gestantes com $CD4 > 250 \text{ mm}^3$ (DORENBAUM et al., 2002).

A partir de 1994 uma nova classe de medicação anti-retroviral foi descoberta - os inibidores de protease - e, em 1996, passando a fazer parte do esquema tríplice, incluindo dois inibidores de transcriptase reversa e um inibidor da protease utilizado pela gestante infectada pelo HIV.

Diversos estudos publicados após esta data na literatura médica confirmaram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre zero e 2%, por meio de combinação de medidas de intervenções preventivas: o uso de anti-retrovirais combinados, o parto por cirurgia cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com o AZT na parturiente e no recém-nascido, e a não-amamentação (MARTÍNEZ et al., 2006).

Com o objetivo de reduzir a transmissão vertical, toda gestante infectada pelo HIV deve ser medicada com medicações anti-retrovirais, independentemente de seu estado imunológico ou virológico (BRASIL, 2006b; CDC, 2006b; MOFENSON, 2006).

Em 1999 em um estudo de metanálise Europeu que comparou a cesariana eletiva versus parto normal, referiu taxas de transmissão perinatal do HIV-1 em mulheres submetidas à cesariana eletiva, respectivamente de 8,2% nas mulheres sem uso de zidovudina e de 2% nas usuárias da medicação.

Outros trabalhos científicos relatam não haver maior incidência de complicações puerperais e anestésicas após partos cesáreas em mulheres

soropositivas para HIV quando comparadas com as soronegativas (BESSINGER, CLARK e KISSENGER; 1998; WHO, 2006b).

Embora exista evidência de que a operação cesariana possa colaborar para a redução da transmissão perinatal do HIV mesmo quando a carga viral é menor que 1.000 cópias/ml, existem dúvidas, se nesta situação o benefício adicional ultrapassaria os riscos de complicações para a mulher associados a este procedimento (BRITO et al., 2006).

Baseado em vários estudos sobre qual via de parto na gestante HIV se mostra mais segura para redução transmissão vertical o manual de recomendações de tratamento para gestante infectada pelo HIV (BRASIL, 2006b) orienta que: a via de parto deve seguir alguns critérios para sua escolha: para a gestante com carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou desconhecida, recomenda-se parto por operação cesariana eletiva. Naquelas gestantes com carga viral menor que 1.000 cópias/ml ou indetectável e com mais de 34 semanas de gestação a via de parto recomendada é a vaginal. A cesariana neste grupo de mulheres só se aplica quando houver indicação obstétrica (CAVALCANTE et al., 2004).

Como conseqüência deste conjunto de medidas de redução-transmissão as taxa de TV vem diminuindo nos últimos anos, no país, como um todo; de 16% em 1997, (CDC, 2006b) antes da introdução da terapia ARV, para 4% em 2002 (NOGUEIRA et al., 2001; BRITO et al., 2006; BRASIL, 2004).

Estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2001 (NOGUEIRA et al, 2001), mostrou uma redução da TV de 16 % para 3% entre as gestantes participantes

de um programa de intervenção que seguia recomendações preconizadas pelo MS.

A análise da tendência temporal da TV por região brasileira revela que antes da introdução da terapia ARV, havia um crescimento anual dos casos em todas as regiões, com taxas de variação média anual entre 5,9 e 31%. Em todos estados da região Sul, as taxas foram superiores a 20% (BRITO et al., 2006).

A análise da série temporal em relação ao número de casos observados e esperados mostra uma redução dos casos de AIDS notificados para as crianças nascidas, a partir de 1997, chegando a serem registrados 90% a menos dos casos esperados para crianças nascidas em 2001.

O número de casos notificados para as crianças nascidas em 2001, em todo país, representou apenas 10,1% dos casos esperados. Ou seja, se fosse mantida a mesma tendência no período inicial, de 1990 a 1996, no qual a taxa de crescimento anual era, na média 12%, seria esperado um total de 2.241 casos de Aids em crianças nascidas em 2001, no entanto, só foram notificados 226 casos.

A redução da Transmissão vertical desde o primeiro ano de observação em 1996 foi de 1.091 casos para 530 em 2005 representando uma diminuição de 51,5% dos casos (BRITO, 2006).

Nos países nos quais há disponibilidade de ampla implementação dessas intervenções obteve-se uma redução significativa da incidência de casos de AIDS em crianças (CDC, 2006b).

Assim, conclui-se que as medidas de terapêutica profilática da gestante HIV para redução da TV no Brasil têm alcançado êxito em sua implementação, e que essas medidas devem-se a todos os esforços conjuntos dos órgãos governamentais, dos órgãos não-governamentais e das equipes de saúde que prestam cuidados a essa população (PAIVA, PUPO e BARBOZA, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(2): S377-88.

Ayres JR, França Jr-I, Calazans G, Saletti Filho H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.

Barbosa R, Knauth DR. Esterilização Feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(sup 2): S365-376.

Barcelos NT, Kuchenbecker R, Ferreira J. Infecção pelo HIV em adultos: parte I. In: Ducan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004. p. 1418-1425.

Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dauguet C, Axler-Blin C, Vezinet-Brun F, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220(4599):868-871.

Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e a pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1): 65-76.

BENFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. BENFAM; 1997.

Bennett MD. Princípios e Práticas de Doenças Infecciosas. 6ª edição. Elsevier; 2005.

Bessinger R, Clark R, Kissinger P, Rice J, Coughlin S. Pregnancy is not associated with the progression of HIV Disease in Women attending an HIV outpatient program. *American Journal of Epidemiology* 1998; 147(5): 434-440.

Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Fios da Vida: Tecendo o feminino em tempos de aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2000a. p. 11-97.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico. Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. DST. BE-Ae. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. DST/AIDS. Cnd. Brasília: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. 3 ed. 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Pediatria. Brasília: Ministério da Saúde. Programa Nacional DST e AIDS. 2006a. p. 5-81.

Brasil. Ministério da Saúde. Implantação da Vigilância do HIV em Gestantes e Crianças expostas. Brasília: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS. 2000c; 12(1).

Brasil. Ministério da Saúde. Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: resultados do estudo sentinela-parturiente-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. DST/AIDS Pn, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV 1997-2000. Brasília: Ministério da Saúde. 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. Brasília: Ministério da Saúde. DST/AIDS PND, Secretária de Vigilância em saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos e Adolescentes infectados pelo Vírus do HIV. Brasília: Ministério da Saúde. AIDS PNDe. Secretária Vigilância da Saúde. 2006c. p. 2-85.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2001; 34(2):207-217.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis* 2005; 9:9-19.

Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendências da Transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:18-22.

Campbell CA. Women and AIDS. *Social Science & Medicine*. 1990; 30(4): 407-415.

Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Ligia RSKP. Transmissão Vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a situação Epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(2):131-138.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. A glance at the HIV/AIDS epidemic. Atlanta C; 2006a.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. CODCAP. Pneumocystis pneumonia. CDC, MMWR; 1981. p. 250-2.

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

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Recommendation for assisting in prevention of perinatal transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus and acquired immunodeficiency syndrome. MMWR, 1985. 721-35.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR, 2006b. RR-6.

Christovam B, Acosta LMW, Lisboa EP, Brito MRV, Flores R. Estimativa prevalência de HIV em gestantes por análise espacial. *Rev Saúde Pública* 2006 out; 40(5): 928-930.

Cohn SE, Clark RA. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência humana em Mulheres. In: Gerald L. Mandell JEB, Dolin R. Princípios e Práticas de Doenças Infecciosas. 6ª ed: Elsevier. 2005.

Connor EM, Sperling SR, Gelber R, Kiselev P, Scoot G, O'sullivan MJ et al. Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331(18): 1173-80.

Dias EAC. Entre o desejo e o risco: os sentidos da gravidez na assistência à AIDS. [dissertação] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.

Dorenbaum A, Coleen K, Cunningham, Britto P, Rekacewicz C, Marie-Louise Newell ML, et al. Two-dose Intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission. *JAMA*. 2002; 288:189-198.

Dybul M, Connors M, Fauci A. A imunologia da infecção pelo vírus da imunodeficiência. In: Gerald L. Mandell JEB, Dolin R. Princípios e Práticas de Doenças Infecciosas. 6ª ed: Elsevier. 2005.

Fauci AS. HIV and AIDS: 20 years of science. *Nature Medicine* 2003; 9:839-842.

Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da Epidemia da AIDS no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(6): 678-685.

França-Junior I, Doring M, Stella, Isete Maria. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Rev Saúde Pública* 2006; 40:23-30.

Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchett SK, et al. Maternal Levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341(6):441-3.

Giacomozzi AI, Camargo BV. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiros fixos sobre prevenção da AIDS. *Psicologia: Teoria e prática* 2004; 6(1): 31-44.

Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 581-588.

Gir E, Canini SRMS, Carvalho MJ, Palos MAP, Reis RK, Duarte G. A parceria Sexual na visão de mulheres portadoras do vírus Imunodeficiência Humana-HIV. *DST- Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2006; 18(1): 53-57.

Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(7): 1459-1469.

Greenacre M. Correspondence analysis in the social sciences. San Diego: Academic, c1994. xi, 350 p. : gráficos, tabelas. [acesso em 2007 abril 30]
Disponível em:
<http://sabix.ufrgs.br/ALEPH/H6VEX72R4QGT84KLRIFY3KERXMN2DK2H4NTNB1PC222M4ALIT-00073/file/start-0>

Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(3): 487-492.

Hopkins K, Barbosa RM, Knauth DR, Potter JE. The impact of health care providers on female sterilization among HIV-positive women in Brazil. *Social Science & Medicine* 2005; 61:541-554.

Inês D, Veras MASM, Barreira D, Brito AMB. Tendências da Epidemiologia de AIDS no Brasil após terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública* 2006(40):9-17.

Jackson JB, Musoke P, Fleming T, Guay LA, Bagenda D, Allen M, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *The Lancet* 2003; 362(13): 859-68.

Knauth DR. Maternidade sob signo da AIDS: um estudo sobre mulheres infectadas. In: Costa, A. O. (org). *Direitos Tardios*. São Paulo: Ed. 34, 1997a.

Knauth DR. O vírus procurado o vírus adquirido. *Rev Estudos Feministas* 1997b; 5:291-301.

Kreitchmann R, Fuchs SC, Suffert T, Preussler G. Perinatal HIV-1 transmission among low income women participants in the HIV/AIDS Control Program in

Southern Brazil: a cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004a; 111:579-584.

Kreitchmann R. Transmissão Perinatal do HIV-1 entre participantes do programa de controle do HIV/AIDS no Sul do Brasil: um Estudo de Coorte. *Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2004b; 26(1): 77-78.

Landroni, MAS. AIDS e gravidez: desafios para o cuidado nos Serviços de Saúde [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2004.

Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do Índice de Kotelcuchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):563-72.

Levine C, Dubler NN. Uncertain Risks and Bitter Realities: The reproductive choices of HIV-infected women. *The Milbank Quarterly*. 1990; 68(3): 321-351.

Martínez AMB, Hora VP, Santos AL, Mendoza-Sassi R, Groll AV, Esmeralda Soares EAJM, et al. Determinants of HIV-1 Mother-to-Child transmission in Southern Brazil. *Anais da Academia Brasileira de Ciências* 2006; 78(1): 1-9.

Merson MH, Piot P. Perspectivas mundiais sobre infecção pelo vírus da imunodeficiência e Síndrome da imunodeficiência adquirida. In: Gerald L. Mandell JEB, Dolin R. *Princípios e Práticas de Doenças Infecciosas*. 6ª ed: Elsevier. 2005.

Mofenson LM, Lambert JS, Stiehm ER, Bethel J, Meyer WA, Whitehouse J, et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. *N Engl J Med* 1999; 341(6): 385-393.

Mofenson LM. Public Health Service Task Force - Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. 2006.

MonitorAids. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids. Fiocruz. 2004. Disponível em: <http://157.86.8.37/frames.htm>.

Napravnik S, Royce R, Walter E, Lim W. HIV-1 Infected Women and Prenatal Care Utilization: Barriers and Facilitators. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 2000;14:411-420.

Nogueira SA, Abreu T, Oliveira R, Araújo L, Costa T, Andrade M, et al. Successful Prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz J Infect Dis* 2001; 5(2): 78-86.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:109-119.

Peter R, Lamptey JLJMK. The Global Challenge of HIV and AIDS. Population Bulletin. 2006. p. 3-24.

Rachid MS. Manual de HIV/AIDS. 8ª ed; 2004.

Romanelli RMC. A experiência de nova gravidez em mulheres sabidamente infectada pelo vírus da imunodeficiência humana-HIV [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal Minas Gerais; 2006.

Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4): 12-23.

Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young NL, Chotpitayasunondh T, Chearskul S, Roongpisuthipong A, Chinayon P, Karon J, Mastro TD, Simonds RJ, on behalf of the Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 773-80.

Silveira MF, Santos IS. Perfil de mulheres HIV positivo atendidas no serviço de assistência especializada da Faculdade de Medicina-UFPEL. *DST - Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente transmissíveis* 2005; 17(4): 295-300.

Stefani M, Araújo BF, Rocha NMP. Transmissão vertical do HIV em população de baixa renda do sul do Brasil. *DST - Jornal Brasileiro Doenças sexualmente Transmissíveis* 2004; 16(2): 33-39.

The European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet* 1999; 353(9158):1035-9.

Vermelho LL, Silva LP, Costa AJL. Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil. *Boletim Epidemiológico* 2006:1-7.

Wachholz NIR, Stella IM, Cunha J. Transmissão materno-infantil do HIV em Porto-Alegre - Avaliação período 2001-2005 e reflexão sobre o papel dos atores envolvidos no controle desse agravo. *Boletim Epidemiológico* 2006 mai; (30).

WHO - World Health Organization. Health Reproduction. WHO, 2006.

WHO - World Health Organization. Progress in scaling up access to HIV Treatment in low and middle-income countries. WHO; 2006.

WHO - World Health Organization. Young people's Health - A challenge for society. Series WHOTR; 1986.

ARTIGO

**Características do pré-natal da gestante infectada pelo HIV, de
acordo com o momento do seu diagnóstico**

**Prenatal characteristics of HIV infected pregnant women
according to the time of diagnosis**

Márcia Menezes Gomes da Silva¹

¹Mestranda em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Departamento de Medicina Social

Endereço para correspondência: mmenezesgs@yahoo.com.br

A ser enviado a Revista de Saúde Pública.

Título: Características do pré-natal da gestante infectada pelo HIV, de acordo com o momento do seu diagnóstico

Autora: Márcia Menezes Gomes da Silva

Silva, M.M.G.

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Co-autores:

Daniela Riva Knauth

Knauth, D.R

Doutorado em Etnologia e Antropologia Social.

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, EHESS, França.

Professora do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Jandyra Maria Guimarães Fachel

Fachel, J.M.G

Doutorado em Estatística.

London School Of Economics And Political Science University Of London,

LSE-UL, Inglaterra

Professora do Programa de Pós-graduação Epidemiologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Regis Kreitchmann

Doutorando do Programa Pós-graduação em Ciências Médicas

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para contato:

Márcia Menezes Gomes da Silva

Av. Mariland 1485/ap.201

Bairro Mont Serrat

Porto Alegre, RS.

Fone: (51) 3737-0668/9329-0618

E-mail: mmenezesgs@yahoo.com.br

Pesquisa sem financiamento

Conflito interesse: nenhum

Declaração de participação no Trabalho

Declaro para os devidos fins que os autores abaixo participaram do trabalho

Características do pré-natal da gestante infectada pelo HIV, de acordo com o momento do seu diagnóstico, realizando as respectivas atividades:

Autora principal:

Márcia Menezes Gomes da Silva

Elaboração do projeto pesquisa, coleta de dados, digitação dos dados, análise dos dados e redação artigo.

Co-autores:

Daniela Riva Knauth

Orientação da autora na análise dos dados e redação artigo.

Jandyra Fachel

Co-orientação da autora na análise dos dados.

Regis Kreitchmann

Orientação autora na redação do artigo.

Assinatura da autora

principal: _____

Porto Alegre, março de 2007.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Breno Riegel Santos, do Serviço de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Dra. Rosana Fonseca, médica do Hospital Femina e à Enfermeira Gisele Preussler do Serviço Atendimento Especializado da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

RESUMO

Objetivo: Analisar fatores socioeconômicos, demográficos e as características do pré-natal das gestantes infectadas pelo HIV, de acordo com o momento do seu diagnóstico.

Métodos: Realizou-se estudo transversal com 199 gestantes portadoras HIV que realizaram seu atendimento pré-natal em três centros públicos de referência de Porto Alegre, no período de julho de 2005 a janeiro de 2006. O questionário avaliou informações sócio-econômicas, demográficas e do pré-natal. Durante a análise, elas foram divididas em 2 grupos: Grupo 1 composto de 135 gestantes (68%) que sabiam previamente a gestação o seu diagnóstico para o HIV-1 e o Grupo 2 com 64 gestantes (32%) que conheceram o seu diagnóstico naquele pré-natal.

Resultados: A mediana de idade das gestantes foi 26 anos (variando 15 a 42 anos) sendo que 59% (n=117) delas tinham curso fundamental incompleto, 74% (n=147) não produziam nenhum tipo renda, 81% (n=153) das gestantes possuíam vínculo de relacionamento estável com o pai da criança e 66% (n=132) possuíam menos de 20 anos de idade quando tiveram a primeira gestação. O número mediano de gestações prévias foi 3 (variando de 1 a 13 gestações), e 37% (n=73) tiveram pelo menos um aborto prévio. Comparando os grupos, observou-se que o início do pré-natal no primeiro trimestre e o desejo de realizar ligadura tubária foi significativamente mais freqüente no Grupo 1 do que no Grupo 2. $p=0,005$ e $p=0,012$, respectivamente.

Conclusões: Não houve diferenças estatisticamente significante entre os grupos nos aspectos sócio-demográficos, todavia as gestantes que já tinham o seu diagnóstico para o HIV prévio a gestação iniciaram mais precocemente seu pré-natal e mais freqüentemente requisitavam a ligadura tubária.

Palavras Chave: HIV, AIDS, transmissão vertical, transmissão perinatal.

ABSTRACT

Objective: To analyze socio-economic, demographic and prenatal care characteristics of HIV-1-infected pregnant women, according to the time of diagnosis.

Methods: A cross-sectional study of 199 HIV-1-infected pregnant women was carried out. They had prenatal care in three reference public centers in Porto Alegre-RS, from June 2005 to January 2006. The questionnaire assessed socio-economic, demographic and prenatal information. During the analysis, subjects were divided into 2 groups: Group 1- 135 pregnant women (68%) who previously knew about their diagnosis for HIV-1 and group 2- 64 pregnant women (32%) who obtained their diagnosis for HIV during that prenatal care.

Results: Median age of the women was 26 years old (ranging from 15 to 42 years old). 59% (n=117) had low level of education and 74% (n=147) had no income. 81% (n=153) had a steady relationship with the child's father. 66 % (n=132) were under 20 years old when they had their first pregnancy. The median number of previous pregnancies was 3 (ranging from 1 to 13). 37% (n=73) had at least one previous abortion. We have observed that the beginning of prenatal care in the first trimester and the request for female sterilization were significantly more frequent in Group 1 when compared to Group 2. $p=0.005$ and $p=0.012$, respectively.

Conclusions: There were no statistically significant differences between the groups in terms of sociodemographic characteristics. However, the pregnant women who previously knew about their HIV diagnosis start prenatal care earlier and request female sterilization more frequently.

Key words: HIV, AIDS, vertical transmission, perinatal transmission

INTRODUÇÃO

Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz no Brasil, e, desse total aproximadamente 0,5% estão infectadas pelo HIV.^{9, 6,11} Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, as taxas de prevalência do HIV em gestantes têm sido acompanhadas, desde de 2001, pela equipe de vigilância das doenças transmissíveis (EVDT). Este acompanhamento tem sido feito através da ficha de investigação das gestantes HIV positiva e criança exposta. Segundo os dados coletados pela EVDT, nos anos de 2002 e 2003, um percentual de 3% dos recém nascidos foi exposto ao HIV durante a gestação e/ou parto. Nestes dois anos obteve-se a média de 500 gestantes HIV positivas por ano no município.¹¹

As regiões sul e a sudeste são as regiões que apresentam os maiores números de notificações de casos de AIDS no país. As taxas de incidência são respectivamente, de 24 e 22 casos por 100.00 habitantes.⁵

Estas taxas de uma maneira geral permanecem elevadas, fundamentalmente, pelo crescente aumento dos casos de Aids em mulheres. As mesmas demonstraram um aumento da incidência de 0,4 casos em 1987 para 14 casos por 100.000 habitantes em 2005. Em virtude dessa tendência de feminilização da epidemia estudos nacionais com gestantes HIV positivas têm sido realizados. Estes estudos descrevem que 40 a 60% destas mulheres

engravidam cientes da sua sorologia para infecção pelo HIV antes da gestação.

15,18

Nesta pesquisa foram descritos os dois momentos do acompanhamento das gestantes HIV positivas nos serviços de pré-natal. Em um grupo a gestante que inicia seu pré-natal ciente de sua sorologia antes da gestação e no segundo grupo aquela que se sabe infectada no atual pré-natal. E assim analisa a relação entre estes dois grupos e as diferenças entre as características sócio-demográficas e do acompanhamento de pré-natal entre os grupos.

O objetivo deste estudo foi ter acesso a estes tipos de dados descritivos da população de gestantes infectadas pelo vírus, dos serviços de saúde que atendem a essas mulheres, e assim poder agregar um maior conhecimento das características e necessidades comportamentais, afetivas e do planejamento familiar dessas mulheres para que desta maneira, possam se adaptar e corresponder às reais necessidades no trabalho com essa população.

Com essa análise que aborda os momentos distintos (que chegam as gestantes infectadas pelo HIV aos serviços de saúde), podemos fazer uma reflexão sobre o atendimento individualizado destas mulheres conforme o seu momento de vida. A infecção pelo HIV não se apresenta para as mulheres como um motivo significativo de interrupção da trajetória reprodutiva, motivo pelo qual aumenta a importância dos locais que atendem a essa população possam detectar quais as estratégias eficazes de abordagem e viabilização de métodos anti-conceptivos. Também ao planejamento familiar efetivo com discussão entre as equipes de saúde e os usuários do serviço sobre quais os

meios que mais se adaptam à realidade destas mulheres e de seus companheiros.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal para analisar e descrever as características socioeconômicas, demográficas e o pré-natal das gestantes infectadas pelo HIV. As gestantes foram recrutadas em três serviços públicos de referência em atendimento à população infectada pelo HIV em Porto Alegre, RS.

O critério de seleção foi o fato de serem gestantes infectadas pelo HIV e o de exclusão foi o de serem portadoras de alguma enfermidade mental que impossibilitasse responder às questões. Não foi controlada a idade gestacional no momento da entrevista das gestantes.

Foi realizada uma amostra consecutiva de entrevistas individuais por seis meses, no período de julho de 2005 a janeiro de 2006 e obteve-se um total de 199 gestantes. As entrevistas ocorreram durante a espera de seus atendimentos nos ambulatórios.

O instrumento de coleta era composto por 57 perguntas divididas em quatro blocos, durando em média 5 a 10 minutos.

Para a análise, a amostra foi dividida em dois grupos baseados no momento de conhecimento do status de portadora do HIV: Grupo 1 que foi composto de 135 gestantes que sabiam previamente à gestação serem portadoras do HIV; e Grupo 2, composto por 64 gestantes que descobriram o diagnóstico durante o pré-natal atual e que foram referenciadas para estes locais.

Os três locais escolhidos para realização do estudo são os responsáveis pela maior fração de atendimento em gestantes HIV. Estes, em conjunto, representam o atendimento de cerca de 60% das gestantes infectadas pelo vírus em acompanhamento anual no município. Dois destes locais estão inseridos em hospitais com assistência ao parto e um no centro de atendimento da prefeitura de Porto Alegre que encaminha para assistência ao parto.

As gestantes foram convidadas a participar do estudo e foi aplicado um termo de consentimento informado. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições.

Para a elaboração do questionário foi utilizado programa Sphinx e para tratamento estatístico dos dados, foi usado programa SPSS-versão 12.

Foram realizados os testes de hipóteses qui-quadrado e resíduo ajustado para verificação da associação entre a variável - momento do conhecimento do status sorológico para o HIV - e as demais variáveis socioeconômicas, demográficas e do pré-natal das gestantes infectadas pelo HIV.

Utilizando o Programa nQuery Advisor V3.0, foi calculado o poder do teste qui-quadrado a partir da amostra de 199 casos obtidos a partir da estratégia de coleta de dados por seis meses consecutivos nos 3 serviços selecionados.

Nas análises entre os grupos que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) foi aplicada à análise de correspondência. Análise de Correspondência é uma técnica descritiva e ilustrativa que se limita a produzir gráficos a partir das tabelas de contingência a fim de destacar a distribuição proporcional das variáveis categóricas. Em outras palavras, a partir dela, podemos demonstrar associação entre as variáveis em uma representação gráfica bidimensional para variáveis categóricas com 3 ou mais categorias ou unidimensional para variáveis categóricas. Quanto mais afastado do centro está o ponto, mais ele se desvia da média, também se os dois pontos estão próximos, eles são semelhantes quanto as variáveis representadas.

RESULTADOS

A amostra total contempla 199 gestantes infectadas pelo HIV. Sendo o grupo 1 composto de 135 gestantes (68%) que sabiam previamente a gestação seu diagnóstico infectadas pelo HIV e o grupo 2 com 64 gestantes (32%) que souberam no pré-natal atual. Não houve recusa em participar do estudo.

A mediana da idade foi 26 anos (variando 15 a 42 anos). Em relação à escolaridade, 59% delas possuíam ensino fundamental incompleto (menos 8 anos estudo) e 74% das mulheres não possuíam qualquer tipo de renda financeira.

A mediana do número de gestações foram três (variando 1 a 13 gestações), e 15% (n=30) das mulheres entrevistadas estavam na sua primeira gestação. A idade da primeira gestação foi abaixo dos 20 anos, em 66% (n=132) que, segundo OMS, é a faixa etária considerada como adolescência.²¹

Do grupo que sabiam previamente estar infectadas pelo HIV (Grupo 1), a descoberta da infecção, em 49% (n=66), foi realizada através do pré-natal anterior ao atual, 30% (n=41) através de adoecimento de um filho, companheiro ou da própria mulher e, em 21% (n=28) foi através da testagem voluntária fora da gravidez. Desse grupo uma das mulheres foi infectada através da transmissão vertical.

Do grupo que soube na gestação atual (Grupo 2) a totalidade dos casos soube devido ao atendimento prestado em pré-natal 32% (n=64). Do total da amostra (n=199), pode-se concluir que 65,3% (n=130) das mulheres tiveram acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV devido ao atendimento prestado em pré-natal.

Na tabela 1 estão demonstrados os dados socioeconômicos analisados entre os dois grupos de gestantes que não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Em relação ao tipo de vínculo com o parceiro da gestação atual, 70,5% (n=140) das entrevistadas moravam com o parceiro, 6,5% (n=13) referem este como um namorado, 9,5% (n=19) estavam separadas e 13,5% (n=27) sem companheiro.

A sorologia para infecção do HIV nos parceiros da amostra total, referida indiretamente foi 40 % (n=79) positiva, 26% (n=52) negativa e 34% (n=68) não haviam testado ou não sabiam da sorologia da parceira até o momento da entrevista.

Na análise do grupo de mulheres que sabiam previamente seu diagnóstico de infectadas pelo HIV, a sorologia referida por elas do pai da criança foi 38% (n=51) positiva para HIV, 31% (n=42) negativa, 21% (n=28) não haviam testado até momento da entrevista e, em 10% (n=14) o pai da criança não estava ciente da sorologia da mulher até o momento da entrevista.

Em relação ao planejamento da gestação atual, no Grupo 1, 73% das mulheres não haviam planejado a gravidez contra 61% do Grupo 2. Na análise do grupo geral, 69% dessas mulheres não haviam planejado a gestação atual.

A tabela 2 apresenta as diferenças nas variáveis entre os dois grupos que atingiram significância estatística com $p < 0,05$ IC 95% e análise de resíduo ajustado entre os grupos.

A data da primeira consulta do pré-natal apresentada na análise de correspondência do gráfico 1 - é a relacionada à primeira consulta no pré-natal - que foi, independentemente, de ter ocorrido no posto saúde ou no serviço de referência.

O gráfico 1 demonstra que o fato das gestantes saberem antes da gestação atual seu diagnóstico de infectadas pelo HIV (grupo 1) está associado ao início das consultas no primeiro trimestre da gestação.

Entre as gestantes que tiveram o diagnóstico de infectadas pelo HIV antes da gestação atual, observa-se uma associação com o desejo de realizar ligadura tubária, conforme pode ser visto no Gráfico 2.

No gráfico 3 é demonstrada a associação entre o número de gestações e o momento do diagnóstico da infecção pelo HIV.

Em relação ao uso de medicações anti-retrovirais durante a atual gestação, 77,4% (n=154) das mulheres da amostra faziam uso desses medicamentos. Dessas, 6% faziam uso de zidovudina (AZT) em monoterapia, 51,3% utilizavam terapêutica combinada com zidovudina, lamivudina e nelfinavir, 11,6% estavam usando zidovudina, lamivudina e nevirapina e 8,5%

usavam outros esquemas de TARV em decorrência de estarem em uso de tratamentos estabelecidos previamente à gestação e com históricos de resistência viral às medicações usadas, habitualmente, na profilaxia da transmissão vertical.

Referente à realização dos exames de acompanhamento imunológico, pode-se afirmar que 84% dessas mulheres já haviam realizado pelo menos uma contagem de CD4/CD8 e a de carga viral para HIV. Destaca-se que 21,6% (n=43) das gestantes foram entrevistadas por ocasião de sua primeira consulta no serviço de referência e isto foi independente do momento do diagnóstico.

DISCUSSÃO

A análise dos dados da pesquisa realizada com 199 gestantes infectadas pelo HIV possibilitou delinear dois momentos distintos desta condição: o primeiro no qual a gestante era ciente de sua condição de infectada pelo HIV antes da gestação atual e o segundo, quando o conhecimento do status sorológico se dá durante a gestação atual. Assim, talvez possamos supor que as gestantes pertencentes ao segundo grupo daqui a algum tempo se enquadrarão no primeiro grupo. Os dados apresentados refletem a realidade com a qual os serviços de saúde que atendem as gestantes infectadas pelo HIV se deparam cotidianamente.

O maior percentual das gestantes portadoras do HIV que tiveram seu acompanhamento nos centros de referência em tratamento de DST/AIDS investigados sabia antes da gestação seu diagnóstico de infectadas pelo vírus (68%). Esse dado também aparece em outros trabalhos nacionais, apontando para o fato de que a infecção pelo HIV não é percebida pelas mulheres como uma razão determinante para a interrupção da trajetória reprodutiva, motivo pelo qual aumenta a importância dos serviços de assistência aos pacientes HIV/AIDS no sentido de prevenção da transmissão vertical.^{2, 6, 15, 18,19}

Existem poucos estudos na literatura nacional e internacional que se dedicam a investigar as possíveis especificidades das gestantes que mantêm a atividade reprodutiva após o diagnóstico da infecção pelo HIV. Neste sentido, o presente estudo traz importantes contribuições a esta questão. Concluiu-se a partir deste que, embora as características sócio-demográficas das gestantes

que já tinham conhecimento do diagnóstico antes da gestação e daquelas que o souberam durante a gestação sejam bastante semelhantes, há elementos distintos nos dois grupos que devem ser levados em consideração.

Nos dois grupos tratam-se fundamentalmente de mulheres com baixa escolaridade, sem renda financeira.^{3, 8, 11,18} Entretanto, chama atenção o percentual expressivo de mulheres que têm a primeira gestação antes dos 20 anos de idade. Na amostra de gestantes infectadas pelo HIV estudadas, a taxa de gestação na adolescência foi cerca de duas vezes maior do que os dados da população feminina no geral, segundo dados do IBGE.⁴

Em relação às especificidades das mulheres que se sabem infectadas pelo HIV antes da gestação, deve-se destacar que essas iniciam o acompanhamento pré-natal já no primeiro trimestre, o que possibilita melhores resultados na redução da transmissão vertical.^{9,11} Outro dado importante é que este grupo manifesta um maior desejo de realização da laqueadura tubária, dado este que deve ser levado em consideração pelos serviços de saúde no atendimento a estas mulheres. Este dado vai ao encontro a outro estudo que mostrou que, embora o contexto interfira de forma decisiva na realização da laqueadura, este é um método contraceptivo preferido pelas gestantes HIV positivas.² Pode-se mesmo aventar a hipótese, a partir de outros estudos sobre o tema², de que a gestação pós-diagnóstico seja uma estratégia adotada pelas mulheres visando o acesso à laqueadura, visto as dificuldades que as mulheres enfrentam para realizar esta cirurgia.²

O estudo das gestantes infectadas pelo HIV confirma a importância dos serviços de pré-natal no combate à epidemia da AIDS. A atenção ao pré-natal em Porto Alegre e em outros serviços de saúde do país é a maneira pela qual a maioria das mulheres em idade fértil tem acesso ao diagnóstico de sua soropositividade para o HIV.^{9, 20, 2,19} Além do diagnóstico da própria gestante, o pré-natal pode ser um meio de trazer à tona o diagnóstico dos parceiros destas mulheres e, assim, a necessidade destes também se submeterem ao acompanhamento médico. O pré-natal pode servir ainda como estratégia para qualificar o aconselhamento referente às medidas de prevenção a serem adotadas pelo casal.

Nesse sentido, conhecer as características sócio-demográficas das gestantes infectadas pelo HIV, bem como os aspectos relacionados ao acompanhamento de pré-natal, que essas mulheres recebem nos serviços de referência, é de grande importância para que se possa aperfeiçoar os serviços de assistência e as estratégias de abordagem dessa população.

Permanece ainda uma lacuna de conhecimento referente tanto às gestantes infectadas que não realizaram o acompanhamento de pré-natal em serviços de referência para o tratamento de DST/AIDS, bem como àquelas que tiveram acesso ao diagnóstico por ocasião do uso de testes rápidos na maternidade. Possivelmente as mulheres que participaram desse estudo fazem parte do grupo de pessoas que tiveram a oportunidade de serem conscientizadas da importância do acompanhamento pré-natal e das medidas preventivas para redução transmissão materno-infantil do HIV realizadas durante o mesmo.¹⁴

Uma das limitações do presente estudo - em decorrência deste ter sido realizado somente com a gestante – foi que as análises das variáveis referentes às características do pai da criança, ficaram limitadas pelo fato destas terem sido avaliadas a partir da referência da própria gestante. Neste sentido, sugerimos que investigações futuras com gestantes infectadas pelo HIV procurem analisar as variações do comportamento reprodutivo destas mulheres ao longo do tempo e incluam o casal nesta análise. O estudo dessas mulheres, de suas motivações e do desejo de, apesar de saberem-se infectadas, engravidar, pode facilitar a compreensão da peculiaridade de suas realidades e auxiliar o combate à epidemia da AIDS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(2): S377-88.
2. Barbosa R, Knauth DR. Esterilização Feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(sup 2): S365-376.
3. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e a pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1): 65-76.
4. Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. DST. BE-Ae. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: resultados do estudo sentinela-parturiente-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. Brasília: Ministério da Saúde. DST/AIDS PNd, Secretária de Vigilância em saúde; 2006.
8. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2001; 34(2):207-217.
9. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendências da Transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:18-22.
10. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. A glance at the HIV/AIDS epidemic. Atlanta C; 2006.
11. Christovam B, Acosta LMW, Lisboa EP, Brito MRV, Flores R. Estimativa prevalência de HIV em gestantes por análise espacial. *Rev Saúde Pública* 2006 out; 40(5): 928-930.
12. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchett SK, et al. Maternal Levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341(6):441-3.
13. Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(7): 1459-69.

14. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(3): 487-492.
15. Kreitchmann R, Fuchs SC, Suffert T, Preussler G. Perinatal HIV-1 transmission among low income women participants in the HIV/AIDS Control Program in Southern Brazil: a cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111:579-584.
16. Mofenson LM. Public Health Service Task Force - Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. 2006.
17. Nogueira SA, Abreu T, Oliveira R, Araújo L, Costa T, Andrade M, et al. Successful Prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz J Infect Dis* 2001; 5(2):78-86.
18. Romanelli RMC. A experiência de nova gravidez em mulheres sabidamente infectada pelo vírus da imunodeficiência humana-HIV [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal Minas Gerais; 2006.
19. Silveira MF, Santos IS. Perfil de mulheres HIV positivo atendidas no serviço de assistência especializada da Faculdade de Medicina-UFPEL. *DST - Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente transmissíveis* 2005; 17(4): 295-300.
20. Vermelho LL, Silva LP, Costa AJL. Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil. *Boletim Epidemiológico*. 2006. p. 1-7.
21. WHO - World Health Organization. Health Reproduction. WHO, 2006.
22. WHO - World Health Organization. Progress in scaling up access to HIV Treatment in low and middle-income countries. WHO; 2006

TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sócio-demográficas que não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos de gestantes referentes ao momento do seu diagnóstico para sorologia para infecção pelo HIV

	Grupo 1 (n=135) Sabia previamente	Grupo 2 (n=64) Soube gestação atual	Toda amostra (n=199)
Idade da primeira gestação até 19 anos	68%	62%	66,3%
Não planejaram a gestação atual	73%	61%	69%
Sem renda financeira	78%	67%	74,7%
Escolaridade mulher -fundamental incompleto	60%	54,7%	58,8%

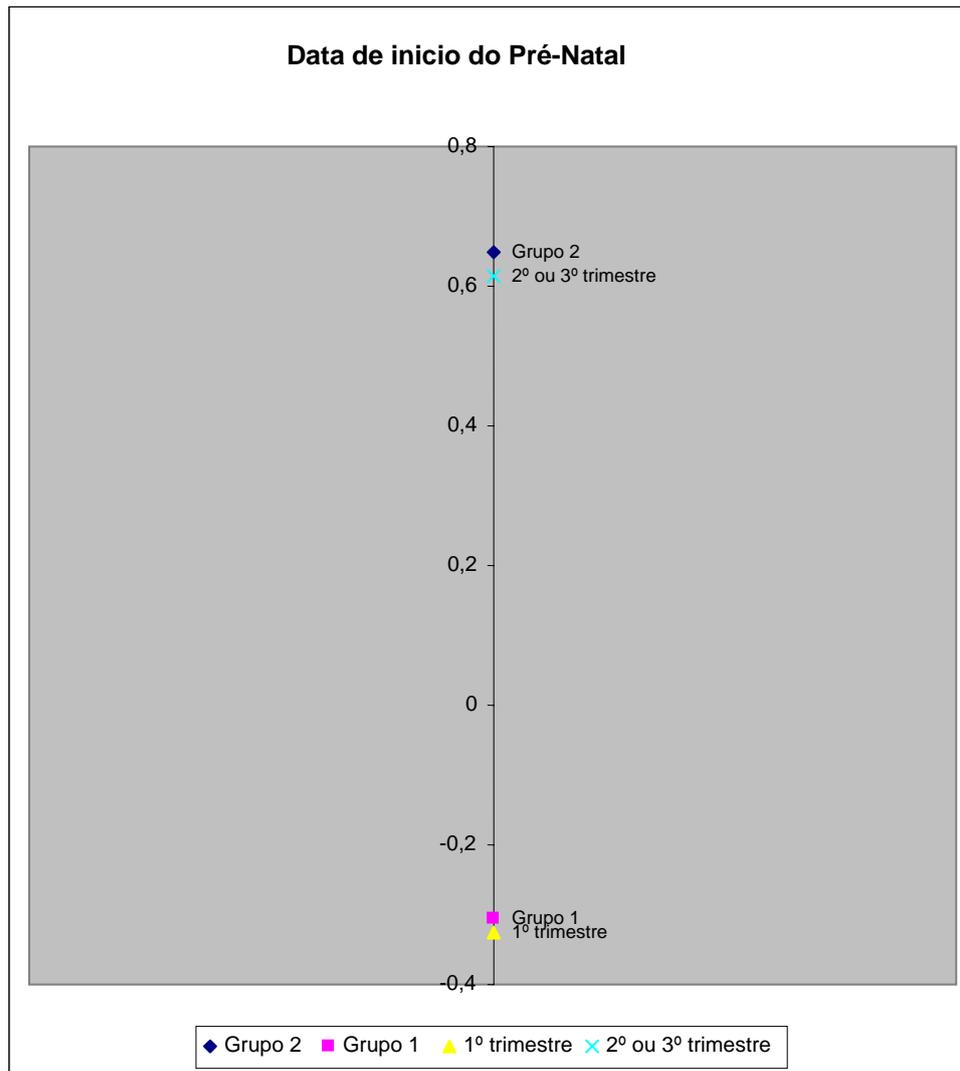
Tabela 2 - Variáveis avaliadas que apresentaram valores estatisticamente significantes em análise qui-quadrado/resíduo ajustado entre dois grupos: gestantes que sabiam previamente do diagnóstico HIV (grupo 1) e as que souberam neste pré-natal (grupo 2)

Característica	n*	Resíduo	p
Desejo Ligadura Tubária			
*Sim			
Grupo 1	76	2,5	0,012
Grupo 2	24	-2,5	
*Não			
Grupo 1	53	-2,5	
Grupo 2	37	2,5	
Sorologia HIV do pai			
*Positiva			
Grupo 1	51	-,8	0,024
Grupo 2	28	,8	
*Negativa			
Grupo 1	43	2,7	
Grupo 2	9	-2,7	
*NS/NT [▲]			
Grupo 1	41	-1,6	
Grupo 2	27	1,6	
Número Abortos			
*Zero			
Grupo 1	78	-2,4	0,046
Grupo 2	48	2,4	
*Um			
Grupo 1	40	1,4	
Grupo 2	13	-1,4	
*Dois ou mais			
Grupo 1	17	1,7	
Grupo 2	3	-1,7	
Início pré-natal			
*Primeiro Trimestre			
Grupo 1	97	2,8	0,005
Grupo 2	33	-2,8	
*Seg/terceiro Trimestre			
Grupo 1	38	-2,8	
Grupo 2	31	2,8	

▲ NS/NT Não sabe o diagnóstico da parceira/não testou

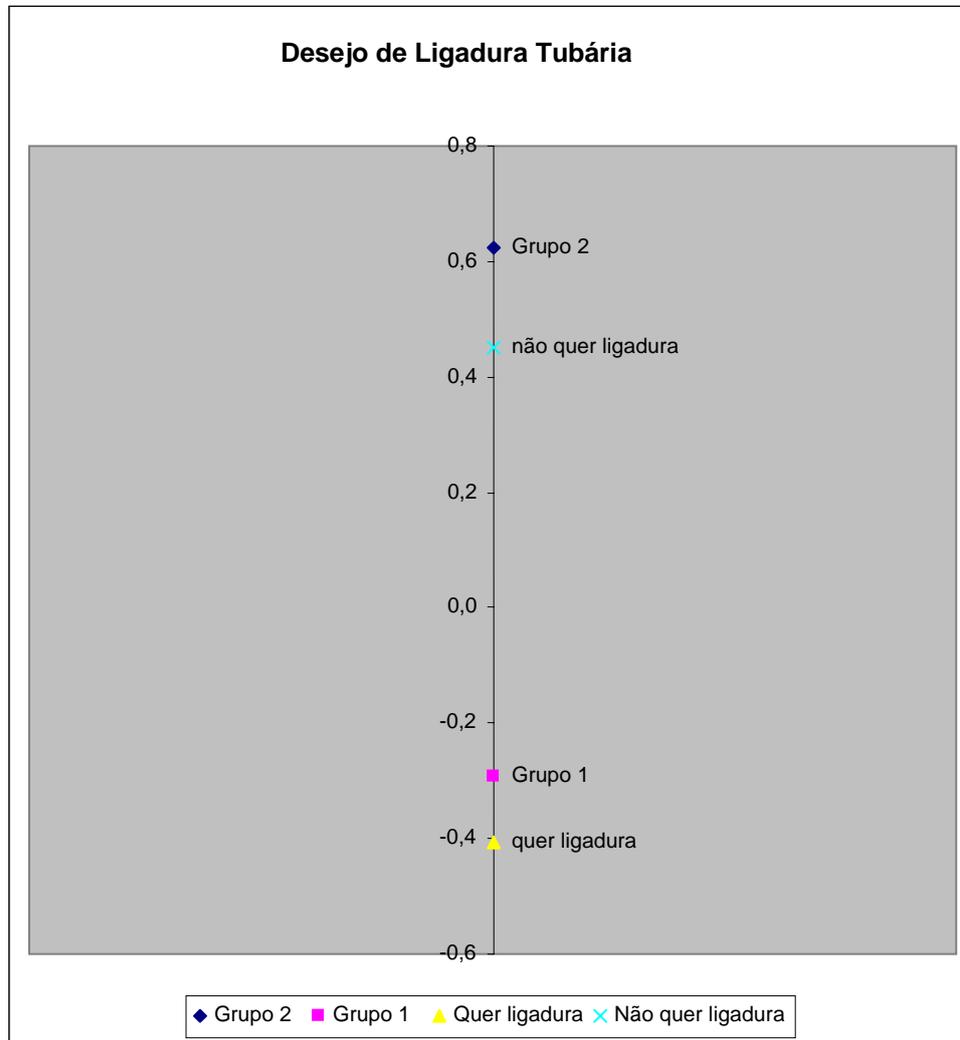
GRÁFICOS

Gráfico 1: Análise de correspondência entre o momento do diagnóstico de HIV e a data da primeira consulta no pré-natal



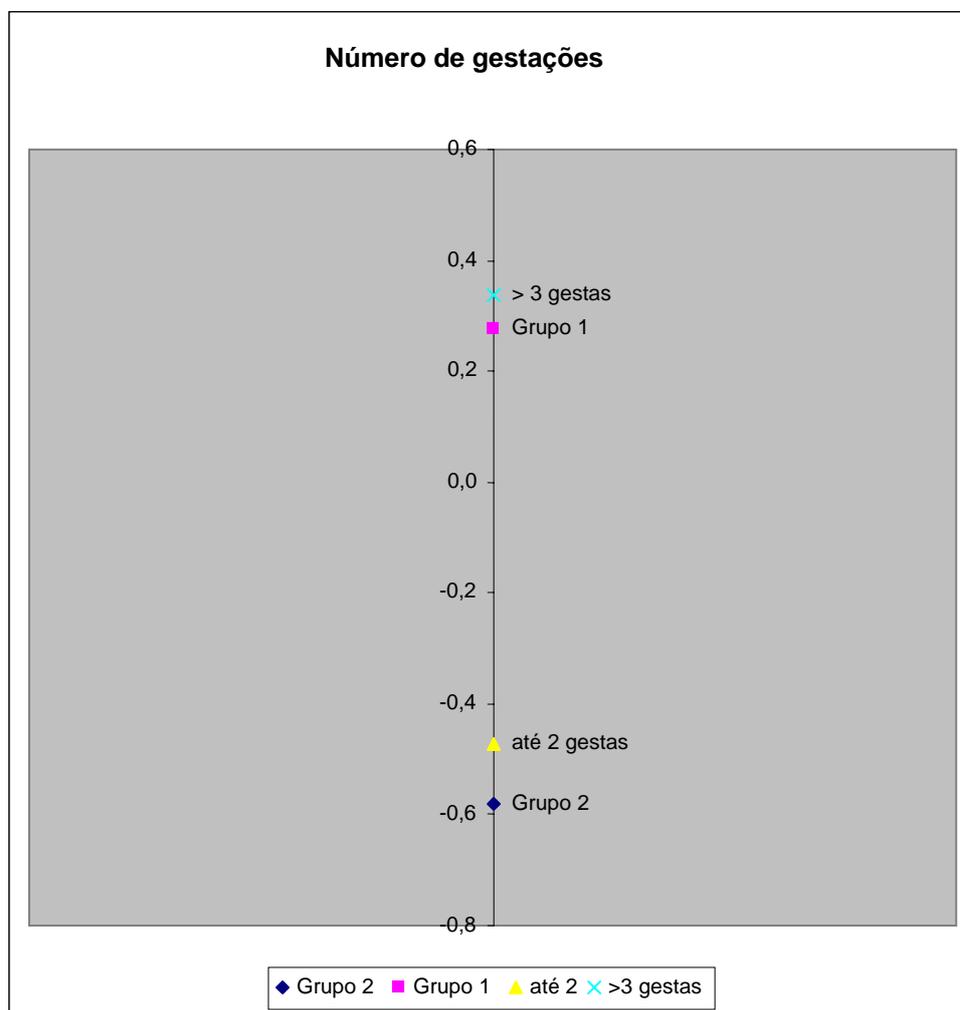
$p=0,005$

Gráfico 2: Análise de correspondência entre o momento do diagnóstico de HIV e o desejo de realizar ligadura tubária



$p=0,012$

Gráfico 3: Análise de correspondência entre o momento do diagnóstico de HIV e o número de gestações.



$p=0,025$

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados observados, poderia ser questionado se estas características se estendem a toda população de gestantes portadoras do HIV ou apenas à parcela dessa população que realiza seu acompanhamento médico em centros de referência em atendimento ao HIV/AIDS.

Tendo em vista este questionamento, a autora acredita que o grupo de mulheres que fizeram parte deste estudo represente a população em geral, oriunda de atendimentos públicos de pré-natal do sistema único de saúde.

A análise estatística dos dados não demonstrou diferença nas características dos dois grupos de gestantes (que sabiam previamente ou que souberam na atual gestação) em relação a aspectos sócio-demográficos.

Estes dados foram também comparados a dados epidemiológicos da população feminina não infectada pelo HIV. O resultado revelou que algumas das características apontadas de mulheres infectadas são reproduzidas na população feminina não infectada pertencente à mesma faixa de nível socioeconômico.

Através dos resultados obtidos, observou-se que a problemática da epidemia da AIDS na população feminina não se resume somente à infecção em si pelo vírus, mas também a todo um contexto de situações que acometem a população feminina de baixa renda, como por exemplo, a baixa escolaridade, a dependência financeira do parceiro e elevadas taxas de gestação na adolescência.

CONCLUSÕES

Neste estudo, observou-se que, atualmente, o conhecimento prévio à gestação da sorologia para HIV, é visto em grande parcela das gestantes infectadas pelo HIV e está significativamente relacionado ao início precoce do acompanhamento no atendimento de pré-natal. Como consequência, gerando uma melhor qualidade neste, ao mesmo tempo em que possibilita maiores índices de redução da transmissão vertical.

Também se observou que essas mulheres que sabem previamente seu diagnóstico para HIV têm um maior desejo de realizar a ligadura tubária.

Até o presente momento existem poucos trabalhos na literatura nacional e internacional que abordam as possíveis diferenças entre estes dois grupos de gestantes - as que engravidam se sabendo HIV e aquelas que sabem na atual gestação.

Com a análise desses tipos de dados descritivos que abordam os momentos distintos (que chegam as gestantes infectadas pelo HIV aos serviços de saúde), podemos fazer uma reflexão sobre o atendimento individualizado destas mulheres conforme o seu momento de vida. A infecção pelo HIV não se apresenta para as mulheres como um motivo significativo de interrupção da trajetória reprodutiva, motivo pelo qual aumenta a importância dos serviços no sentido de prevenção da transmissão vertical.

Com acesso a estes tipos de dados descritivos da população de gestantes infectadas pelo vírus, os serviços de saúde que atendem a essas mulheres, poderão cada vez mais agregar um maior conhecimento das características e necessidades comportamentais, afetivas e do planejamento familiar para que desta maneira, possam se adaptar e corresponder às reais necessidades no trabalho com essa população.

Diante do exposto, é de extrema importância que novas pesquisas no âmbito das políticas de saúde voltadas aos locais que atendem a essa população possam detectar quais as estratégias eficazes de abordagem e viabilização de métodos anti-conceptivos. Também ao planejamento familiar efetivo com discussão entre as equipes de saúde e os usuários do serviço sobre quais os meios que mais se adaptam à realidade individual destas mulheres e de seus companheiros.

Através dessas medidas, talvez seja possível trazer, para os serviços de saúde, os parceiros destas mulheres que não possuem o conhecimento de sua sorologia para o HIV e, ainda, desenvolver estratégias de esclarecimento e convencimento da importância das medidas de prevenção do casal.

ANEXOS

a. Projeto de Pesquisa

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES PORTADORAS DO HIV EM CENTROS DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE

Mestranda: Márcia Menezes Gomes da Silva

Orientadora: Daniela Riva Knauth

Co-orientadora: Jandyra M.G. Fachel

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Universidade Federal Rio Grande do Sul

Local realização: Serviço Assistência Especializada em Doenças
Sexualmente Transmissíveis e AIDS de Porto Alegre e Hospital Nossa Senhora
da Conceição e Hospital Fêmeina

JUSTIFICATIVA

Uma das questões emergentes em relação às mulheres portadoras do hiv é a necessidade de organizar o atendimento de forma integrada, para além do manejo clínico da infecção e seus sintomas, incorporar, por exemplo, a sua saúde reprodutiva e de sua família.

O desejo da maternidade aparece tanto entre as mulheres, quanto o de paternidade entre os homens portadores do HIV, e segundo alguns estudos a proporção de homens que querem ter filhos é o dobro da proporção encontrada nas mulheres. Mas a paternidade segue uma área do viver desprezada quase sempre pelas políticas e programas de saúde.

O contexto sócio-cultural que expôs o portador ao vírus não desaparece depois que recebeu o diagnóstico. Homens e mulheres precisam de apoio para lidar com desejos afetivos e sexuais ao mesmo tempo em que lidam com o fato de serem portadores do HIV. Eles precisam de apoio para tomar decisões conscientes sobre ter ou não filhos, juntos, como casal e família. Os profissionais de saúde devem ser treinados e preparados para ter a atitude que informem e apoiem as mulheres portadoras do HIV e suas escolhas. Atualmente são implantados métodos para evitar que as crianças se infectem pelo HIV, mas não se dá aos pais e mães HIV + suficiente aporte para a tomada de decisões conscientes e organizadas sobre novas gestações.

REVISÃO DA LITERATURA

Na terceira década da AIDS importantes avanços em relação ao conhecimento e tratamento desta doença, têm possibilitado a diminuição da mortalidade, e um maior controle da infecção e melhoria na qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV.

Apesar destes avanços a doença tem se espalhado por diversas partes do mundo, e dados epidemiológicos globais apresentados em 2003 mostram que o HIV infectou mais de 60 milhões de pessoas, sendo que cerca de um terço destas pessoas já morreram em decorrência desta patologia.²³

Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que atualmente 40,3 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS mundialmente, destas 17,5 milhões são mulheres e 2,3 crianças com idade inferior a 15 anos. Em 2005 ocorreram 4,9 milhões de novos casos de HIV/AIDS, sendo 700.000 em crianças e 95% destes novos casos se encontram Sub-Sahara África, Leste Europeu e Ásia.²³

Mundialmente a Pandemia HIV/AIDS não tem demonstrado sinais desaceleração nas suas taxas de crescimento, apesar de todos os esforços e estudos para controlá-la.

No Brasil, Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde até junho de 2005 foram notificados 317.827 casos confirmados de AIDS e uma estimativa de 600.000 infectados pelo HIV. Do número total de casos confirmados de AIDS 118.520 são mulheres.

A transmissão heterossexual do HIV aparece como a principal forma de contágio da doença na população feminina, perfazendo nas mulheres acima de 13 anos 94% da forma de aquisição da mesma.

Os homens foram os mais afetados no início da epidemia, mas o número de mulheres infectadas atualmente ultrapassa aos homens, especialmente em países em desenvolvimento nos quais as mulheres vivem em extrema pobreza devido ao baixo nível socioeconômico e cultural, atingindo na África cerca de 57% da população adulta afetada pelo HIV, principalmente as mulheres com idade inferior 25 anos.

No início da epidemia eram relatadas variações na razão homem/mulher de 28:1 em 1985, 2:1 em 1999, 1,7 :1 em 2002 , e nas faixas etárias de 13 a 19 anos houve inversão destes valores a partir de 1998.

Segundo Ministério da Saúde, no período 1994-1998, observou-se um percentual de crescimento de casos notificados da infecção em mulheres brasileiras aproximadamente 10 vezes mais do que observado entre os homens. Até setembro de 2000, quase 60% da população feminina contaminada pelo HIV, encontrava-se na faixa etária entre 13 e 34 anos.

As mulheres devido a características biológicas, culturais e sócio-econômicas têm cerca de 4 vezes sua chance aumentada em relação aos homens em uma relação heterossexual desprotegida de contrair o HIV, assim a infecção vem aumentando no grupo feminino. Tratando-se de um problema alarmante, pois nesta faixa etária que apresenta a velocidade de aquisição mais elevada trata-se das mulheres em idade reprodutiva e esse maior número

de mulheres em idade fértil nos permite prever que o número de crianças expostas ao HIV só tende a aumentar.

Anualmente três milhões de mulheres tem filho no Brasil, segundo um estudo realizado com uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, em todas as regiões do País a taxa de prevalência do HIV neste momento era 0,49 % que corresponde a uma estimativa de cerca de 12.644 parturientes infectadas HIV (www.aids.gov/data/pages) gestante HIV e crianças expostas.

E últimos dados (Boletim Epidemiológico de AIDS – jul a set 2001. Ministério da Saúde 2001) e estima-se hoje 0,5 a 1% prevalência de gestantes portadoras do HIV.

A transmissão da gestante portadora do HIV para seu concepto ocorre em 75 % no período peri-parto, 25% intra-útero e se não houver o uso de medicações anti-retrovirais na gestação e aumenta em 14 a 29% com a amamentação.^{10,16}

O Primeiro Estudo realizado para interferir na transmissão do HIV das gestantes para seus filhos com administração de anti-retrovirais foi *Pediatric AIDS Clinical Trial Group 076* (PACTG 076) em 1994.⁸

Foram avaliadas neste estudo 363 gestantes portadoras do HIV entre 14º e 34º semana de gestação, foi um estudo randomizado duplo-cego que obteve como resultado uma redução de 67,5% da transmissão HIV no grupo de gestantes em uso de Zidovudina.

No Brasil o uso rotineiro de zidovudina para gestante portadora do HIV teve seu início em 1996 sendo incluído no manual de manejo da gestante HIV positiva do Ministério da Saúde.

Foi traçado um panorama nacional da transmissão vertical do HIV através de um estudo multicêntrico realizado em 63 centros de atendimento médico de 20 estados pela Sociedade Brasileira de Pediatria o qual avaliou a transmissão materna do HIV entre 2000 a 2002.¹⁸

A primeira análise deste trabalho demonstrou que houve uma redução da transmissão de 8,6% para 3,8%, porém em relação à distribuição por regiões Brasileiras, os dados não foram tão satisfatórios, pois as taxas variam de 5,5% na região sul para 12,3% no nordeste, demonstrando que a assistência as gestantes portadoras do HIV se porta de maneira muito desigual em nosso País.

Sabe-se que a maternidade é uma experiência importante do ponto de vista social e psicológico para a grande maioria das mulheres e que seu desejo reprodutivo foi desvalorizado e reprimido no contexto desta doença (FERNANDEZ, 1994; SZEJER, 1997).

A gestação era desaconselhada em função do alto índice de transmissibilidade da doença antes do uso rotineiro de zidovudina pela gestante até 1994, pois os índices de transmissão vertical variavam de 12 a 42%⁷ e a laqueadura tubária costumava ser sugerida às mulheres infectadas pelo HIV.

Os profissionais da saúde justificavam seus sentimentos de indignação, ou no mínimo incompreensão diante de uma mulher que sabidamente portadora do HIV manifestava desejo de engravidar ou chegava grávida ao serviço de saúde, em função da racionalidade científica que destacava o risco da transmissão vertical do HIV. ¹

Entretanto, com uso adequado dos anti-retrovirais pela mulher durante gestação, trabalho de parto e parto, e imediatamente após nascimento para bebê, pode-se reduzir a transmissão vertical do HIV para valores entre zero e 5%. ^{1,5}

Os direitos reprodutivos e a maternidade das mulheres portadoras têm sido foco de inúmeros debates e estudos, mas as intenções e direitos reprodutivos dos homens portadores do HIV têm poucos registros na literatura.

22

Dentro da pequena literatura disponível encontram-se dados sobre o desejo de homens portadores do HIV de terem filho maior que as mulheres, e apesar da alta proporção (43%) de homens que disseram sentir vontade de ter um filho e que tinham vida sexual ativa, seu conhecimento sobre transmissão materno-infantil HIV era relativamente escasso. Além disso, os serviços de saúde onde são atendidos não foram colocados como a fonte principal de suas informações sobre transmissão materno-infantil. ^{22,21}

Segundo um estudo de coorte realizado em Porto Alegre de 1997 a 2000 com gestantes portadoras do HIV, demonstrou que 141 (38,8%) dos parceiros destas mulheres eram portadores do HIV, o restante não havia relato de seu status sorológico para o HIV. ¹⁴

Escolha ou acaso, o fato é que 18% das mulheres engravidam após saberem de sua infecção pelo HIV. ^{2,4}

Porém há outros estudos realizados no Brasil, como o de Fortaleza (CE) que demonstrou em um estudo descritivo com 138 gestantes portadoras do HIV que 35,5% já se sabiam HIV antes da gestação. Alguns estudos mostram que a infecção pelo HIV não diminui a vontade de ter filhos da mulher e que a vontade de ter filhos do parceiro teve forte influência na escolha reprodutiva da mulher por engravidar. ⁶

Segundo alguns autores, a gestação na portadora do HIV parece ter pequeno efeito na progressão da infecção em mulheres portadoras do HIV assintomática ou naquelas com infecção recente, parecendo causar progressão mais rápida em mulheres com infecção em estágios mais avançados.

1. Como resultado adverso durante a gravidez em mulheres portadoras do HIV, tem-se observado:

- Taxa aumentada de abortamento espontâneo precoce;
- Natimortos;
- Parto prematuro;
- Recém-nascido de baixo peso;
- Ruptura prematura das membranas amnióticas;
- Outras infecções de transmissão sexual;

- Pneumonia bacteriana; Infecção trato urinário;
- E outras complicações infecciosas.

Sendo que as complicações clínicas dos pais também refletem no acompanhamento médico das crianças ou são delegados a terceiros.

E outros estudos também mostram que algumas mulheres portadoras do HIV mesmo tendo conhecimento de sua doença não realizam acompanhamento de pré-natal adequado e uso anti-retrovirais para diminuir os riscos transmissão materna infantil do HIV.

Assim este estudo visa reconhecer que fatores interagem no engravidar pela mulher portadora HIV e do seu parceiro, para que se possa nos serviços prestadores de assistência à saúde realizar conjuntamente equipe de saúde e usuários tentar traçar planos de planejamento familiar individualizado para esta população, abordando a escolha consciente de nova gestação ou não.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Descrever o perfil epidemiológico das gestantes portadoras do HIV.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Descrever o parceiro
- Tempo e tipo da relação entre o casal (vínculo)
- Avaliar o momento e modo do diagnóstico HIV

- Status sorológico dos filhos anteriores
- Desejo de ligadura tubária

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO:

Este é um estudo qualiquantitativo com gestantes portadoras do HIV que realizam seus acompanhamentos de Saúde no Serviço Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids de Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora Conceição, setor Transmissão Materno-Infantil do HIV e Hospital Femina.

CRITÉRIOS INCLUSÃO:

- Gestante portadora do HIV

CRITÉRIOS EXCLUSÃO:

- Presença de doença Psiquiátrica ou Neurológica.

LOGÍSTICA

Foram realizadas entrevistas individuais pela pesquisadora com as gestantes portadoras do HIV, que sabiam seu diagnóstico HIV e estavam em acompanhamento de seu pré-natal nos três centros de referência em tratamento em gestantes portadoras do vírus nos ambulatórios do Serviço

Assistência Especializada em DST/AIDS de Porto Alegre e no Hospital Nossa Senhora da Conceição no Setor Transmissão Materno-Infantil e Hospital Fêmeina.

As entrevistas com essas mulheres foram realizadas após suas consultas no pré-natal dessas Instituições, através do instrumento (questionário) elaborado pela mestranda com 57 perguntas com as mulheres que se enquadram nos critérios de inclusão, preenchendo os critérios de inclusão no estudo. Foram aplicados os termos de consentimento esclarecido as mesmas, e aplicação do questionário descritivo.

O período de realização das entrevistas foi de 6 meses, uma amostra consecutiva de todas as pacientes que se enquadrarem no critério de inclusão e consentirem em participar do estudo em questão.

ORÇAMENTO

Todos os custos inerentes ao Projeto de Pesquisa serão responsabilidades da Pesquisadora principal Márcia Menezes Gomes da Silva. Não haverá nenhuma participação financeira da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Secretária Municipal de Saúde).

ANÁLISES DOS DADOS

Análise dos dados quantitativos será realizada através do Coeficiente correlação Pearson e Regressão linear simples.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson J. HIV and Reproduction. In: Anderson, J. A Guide to the Clinical Care of Women with HIV. Preliminary Edition, HRSA, 2000.p, 211-269.
2. Barbosa RM. HIV/Aids, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. Rio de Janeiro, ABIA; 2000 (Coleção ABIA Saúde sexual e reprodutiva, 2).
3. Bauni EK, Jabori BO. Family planning and sexual behavior in the era of HIV/Aids. The case of Nakuru district, Kenya. *Stud Family plan* 2000; 31:69.
4. Bedimo L; Bessinger R; Kissinger P. Reproductive Choices among HIV Positive Women. *Soc Sci Med*, 46: 171-179, 1998.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional DST e Aids. Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
6. Cavalcante MS, Ramos NA, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a situação Epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet* Março 2004; 26.
7. Szwarcwald CL, Junior AB, Fonseca EMGP. Boletim Epidemiológico de AIDS-Jul a set 2001. Ministério da saúde do Brasil. 2001. Available at:<http://www.aids.gov.Br/>.
8. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiseley P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* Nov 3 1994; 331(18):1173-1180.
9. Cooper ER, Charurat M, Moferson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, et al. Combination antiretroviral strategies for treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J acquir Immune Defic Syndr*. Apr 15 2002; 29(5): 484-494.
10. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* Sep 5 1992; 340(8819): 585-588.
11. Fauci AS. HIV and AIDS: 20 years of science. *Nature Medicine* July 2003; 9(7): 839 - 843.
12. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchet SK, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency vírus type 1 RNA and

- the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med*. Aug 5 1999; 341(6): 394-402.
13. Hankins C, Gendron S, Tran T, et al. Sexuality in Montreal women living HIV. *Aids Care* 1997; 9:261-71.
 14. Kreitchmann R, Fuchs SC, Suffert T, Preussler G. Perinatal HIV-1 transmission among low income women participants in the HIV/AIDS Control Program in Southern Brazil: a cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynecology* June 2004; 111: 579-84.
 15. Mandelbrot L, Landreau-Mascaro A, Rekacewicz C, Berrebi A, Benifla JL, Burgard M, et al. Lamivudine-zidovudine combination for prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA* Apr 25 2001; 285(16): 2083-2093.
 16. Mock PA, Shaffer N, Bhadrakom C, Siriwasin W, Hotpitayasunondh T, Chearskul S, et al. Maternal viral load and timing of mother-to-child HIV transmission, Bangkok, Thailand. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Aids* Feb 25 1999; 13(3): 407-414.
 17. Moferson LM, Lambert JS, Stiehm ER, Bethel J, Meyer WA, 3rd, Whitehouse J, et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. Pediatrics AIDS Clinical Trials Group Study 185 Team. *N Engl J Med* Aug 5 1999;341(6):385-393.
 18. Succi, RCM. Brazilian to child Transmission (MCT) of HIV in Brazil. *Brazilian Pediatric Society Study Group for MCT of HIV*. 2004. Available from: <http://www.ias.se/ejias/print.asp?abstractid=2169633>. Accessed Aug, 2004.
 19. Rhind G, James NJ. A cross-sectional survey of factors influences reproductive decision making in women with HIV infection. In: 12th WORLD AIDS CONFERENCE (14187), GENEBRA, 1998.
 20. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e Aids-Ministério da Saúde do Brasil. Casos de AIDS segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil 1980-2005*. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*. 2005; Ano II nº 1 (janeiro a junho de 2005).
 21. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4): 12-23.
 22. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? À vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicol USP* 2002; 13(2): 105-33.
 23. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update-Dec 2005. Joint United Nation Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2005. Available from: <http://www.unaids.org>. Accessed: Jan 20, 2006.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Explicação da pesquisa: No Brasil, a infecção pelo HIV, está acometendo cada vez mais as mulheres, principalmente na faixa etária 15 aos 35 anos, com isso, pode-se perceber o aumento do número de casos de transmissão materno-infantil, que quer dizer transmissão da mãe para seu filho durante a gestação.

Entretanto, com uso adequado de drogas anti-retrovirais (medicações para HIV) pela mãe durante gestação, trabalho de parto, parto e pelo recém-nascido após nascimento pode-se reduzir a transmissão vertical (risco de passar o vírus para bebê) para valores entre zero e 5%. Por esse motivo, gostaria de conversar com você.

Na possibilidade de nessa entrevista constatar algumas medidas de assistência médica, uso de medicações, perfil sócio-econômico e momento diagnóstico HIV, se você não deseja responder as questões não haverá nenhum problema.

Sua participação é inteiramente voluntária e se você escolher não participar, assistência médica e hospitalar prestada a você e ao seu bebê não serão de forma alguma prejudicadas.

Objetivos do estudo: Analisar os fatores que interagem na gestação nas mulheres portadoras HIV conhecedora de seu status sorológico.

Procedimentos: Se você aceitar participar desta pesquisa, você responderá a um questionário aplicado por um profissional de saúde. Todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e você não precisa responder a nenhuma pergunta que não deseje.

Confidencialidade: Todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e você não será identificada em nenhuma apresentação dos resultados da pesquisa. Para você possa se sentir bem à vontade para responder as perguntas do questionário, antes de assinar este documento, você deve esclarecer com o profissional de saúde qualquer dúvida que você tenha em relação à pesquisa.

Benefícios para as participantes: Você estará ajudando os profissionais de saúde a obterem informações que serão importantes para melhorar assistência prestada às mulheres e seus filhos.

Esclarecimento dúvidas: Se você desejar conversar com alguém sobre este estudo, você pode contatar com a responsável pela pesquisa Dra. Márcia M. Gomes da Silva (Médica Pediatra - Mestranda UFRGS), nos telefones: (51-9808-5518/3388-5117). E-mail: mmgs17@terra.com.br

Se você aceita participar estudo coloque seu nome e assine o consentimento

Data:

Nome:

Assinatura:

b. Aprovação Comitê da Ética e Pesquisa



Prefeitura de Porto Alegre
ADMINISTRAÇÃO POPULAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

1953-2003



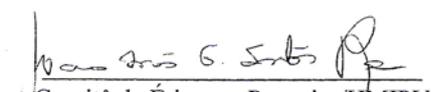
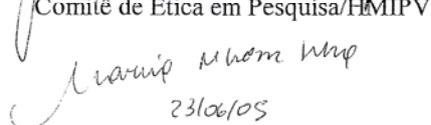
Porto Alegre, 17 de junho de 2005.

Ilmo (a) Sr (a)

Márcia Menezes Gomes da Silva

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado "**Multiparidade nas Mulheres Portadoras do Vírus HIV.**" do(a) pesquisador(a) **Márcia Menezes Gomes da Silva** protocolado neste CEP sob n.º **19/05**, foi **aprovado** *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, 17/06/05, estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – (Resolução 196/96) – do Conselho Nacional de Saúde. Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

Atenciosamente,


João José G. Santos
Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV

Márcia Menezes Gomes da Silva
23/06/05



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEP - GHC
RESOLUÇÃO
 Porto Alegre, 14 de junho de 2005.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 08/06/2005 analisou o projeto de pesquisa:

Nº 033/05
CAAE: 0030.0.164.000-05
FR: 058954

Título Projeto: Multiparidade em mulheres portadoras do vírus do HIV.

Pesquisador(es): Márcia Menezes Gomes da Silva

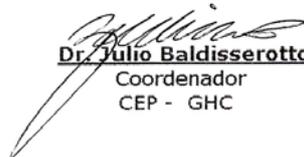
PARECER:

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADA**, neste CEP.

Grupo e área temática: Projeto pertencente ao Grupo III - Área Temática: Ciências da Saúde (Medicina - 4.01).

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Dr. Julio Baldisserotto
 Coordenador
 CEP - GHC


 Dr. Alexandre Moretto
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Gerência de Estudos e Pesquisas
 CEP-GHC

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / GHC fone/fax: (51) 3361 1739 ramal 2407 - e-mail: capcientifico@ghc.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (31/out/1997) - Ministério da Saúde
 IRB - Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB 00001105
 FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

c. Questionário

Multiparidade nas mulheres portadoras do HIV

abril 2005

Dados de identificação do questionário

1. Número questionário:

2. Data da entrevista:

3. Instituição de realização

1. SAEPOA 2. Hosp. Conceição 3. Fêmina

Características da mulher

4. Data de nascimento

5. 1. Escolaridade série

1. Primeira série 2. Segunda série 3. Terceira série
 4. Quarta série 5. Quinta série 6. Sexta série
 7. Sétima série 8. Oitava série 9. Analfabeta
 10. completo

6. 2. Escolaridade grau

1. Ensino Fundamental 2. Ensino Médio
 3. Superior 4. Outro

7. Ocupação atual

8. Possui renda própria?

1. Sim 2. Não

9. Valor da renda (em salários mínimos).

10. Idade atual

11. Idade gestacional(semanas)

12. Número de gestações

13. Número de partos

14. Número de abortos

15. Idade da primeira gesta

16. Idade que tinha no momento do diagnóstico de HIV+

17. Quantas gestações teve após o diagnóstico de HIV+?

18. Número de filhos vivos

19. Qual o intervalo (em meses) da última gestação para a atual?

20. Forma como obteve o diagnóstico da infecção pelo HIV.

1. Teste rápido no parto anterior
 2. Durante o pré-natal anterior
 3. Por doença de filho
 4. Por doença do companheiro
 5. Por doença própria
 6. Por testagem voluntária
 7. Não sabe
 8. Outro
 9. neste pré-natal

21. Categoria de exposição ao HIV

1. Parceiro atual HIV+
 2. Parceiro anterior HIV+
 3. Usuária de drogas injetáveis
 4. Transfusão sanguínea
 5. Não sabe

Dados referentes ao pai da criança

22. Idade do pai do último filho (ou gesta atual)

23. Escolaridade do pai do último filho (ou gesta atual)- série

1. Primeira série 2. Segunda série 3. Terceira série
 4. Quarta série 5. Quinta série 6. Sexta série
 7. Sétima série 8. Oitava série 9. Analfabeto
 10. Não sabe 11. completo

24. Escolaridade do pai do último filho (ou gesta atual)- grau

1. Ensino Fundamental 2. Ensino Médio
 3. Superior 4. Outro

25. Ocupação do pai do último filho (ou gesta atual)

26. Tempo de relação do casal(meses)

27. Tipo de vínculo conjugal

1. 1. Mora junto 2. 2. Casada no civil
 3. 3. Namorados 4. 4. Relação eventual
 5. 5. Separada 6. 6. Viuva
 7. 7. Outro

28. O parceiro atual tem outros filhos de outros relacionamentos?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não se aplica

29. Este é o primeiro filho deste relacionamento?
 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

30. O parceiro atual é HIV+?
 1. Sim 2. Não 3. Não testou
 4. Não sabe 5. Não se aplica

31. Se o parceiro é HIV+, faz acompanhamento médico?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não se aplica

Dados sobre gestação atual/última gestação

32. Em que mês de gravidez iniciou o pré-natal?
 1. Primeiro 2. Segundo
 3. Terceiro 4. Quarto
 5. Quinto 6. Sexto
 7. Sétimo 8. Oitavo
 9. Nono 10. Não realizou pré-natal
 11. Não sabe

33. Número de consultas realizadas durante o último pré-natal?

34. A gravidez atual (ou última) foi planejada?
 1. Sim 2. Não 3. Não pensou sobre isto
 4. Não sabe

35. Em qual serviço (ou serviços) está realizando o pré-natal atual?
 1. SAE Prefeitura POA 2. Hospital Conceição
 3. Fêmina 4. Outros

Se outro pergunta qual

36. Se 'Outros', defina / defina :

37. Foi neste mesmo serviço que realizou o pré-natal anterior?
 1. Sim 2. Não 3. Não lembra 4. Não realizou

38. Tem outros filhos do pai da criança que está esperando (ou que acabou de ter)?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não se aplica

39. No período entre as duas últimas gestações utilizou algum método anticoncepcional?
 1. Sim 2. Não 3. Não lembra

40. Se utilizou algum método anticoncepcional, quais os métodos utilizados?
 1. ACO 2. Preservativo
 3. Tabela 4. DIU
 5. Injetável 6. Coito interrompido
 7. Outro

Você pode marcar diversas casas (3 no máximo).

41. Após a gestação anterior, teve alguma orientação da equipe de saúde em relação à contracepção?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe/lembra

42. Qual a orientação que a equipe deu?

43. Gostaria de realizar ligadura tubária após o nascimento deste bebê?
 1. Sim 2. Não 3. Não pensou sobre o assunto

44. Quais medicamentos está usando para reduzir a transmissão materno-infantil?

1. AZT
 2. DDI
 3. outros
 4. Não está usando medicamento
 5. BV+NFV
 6. BV+NVP
 7. BV+Kaletra

Você pode marcar diversas casas (2 no máximo).

45. Entre as gestações manteve acompanhamento médico no ambulatório da infectologia?
 1. Sim 2. Não 3. Não lembra 4. Não se aplica

46. Antes da gravidez, estava usando algum medicamento anti-retroviral?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

47. Realizou exames de CD4/CD8 e Carga viral nesta gestação?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

Você pode marcar diversas casas (2 no máximo).

Dados sobre filhos

48. Em relação aos filhos anteriores a esta gestação, qual o status sorológico dos mesmos?

49. Tive algum filho que morreu em decorrência do HIV/Aids?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

Se teve filhos que morreram, perguntar:

50. Se teve filhos que morreram, quantos?

51. Qual idade(em meses) da criança quanto teve seu diagnóstico de não infectado ou infectado?

52. Se o filho é infectado, está usando anti-retrovirais?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

53. A criança tem acompanhamento em serviço médico especializado em HIV/Aids?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

54. Quando nasceu, a criança utilizou AZT?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe/lembra

55. Se utilizou AZT, por quanto meses?

56. Quando a criança nasceu esta foi amamentada no peito?

1. Sim 2. Não 3. Algumas vezes
 4. Não sabe/lembra

57. Quem cuida do filho anterior a esta gestação?