

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde

Milena Moreira Ferreira

Novas práticas de saúde para reduzir a transmissão vertical do HIV em serviços de  
referência

Porto Alegre  
2014

Milena Moreira Ferreira

Novas práticas de saúde para reduzir a transmissão vertical do HIV em serviços de  
referência

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em Ensino na  
Saúde, à Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, Programa de Pós-graduação, Mestrado  
Profissional Ensino na Saúde.

Orientador: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Moreira Ferreira, Milena  
Nvas práticas de saúde para reduzir a  
transmissão vertical do HIV em serviços de referência  
/ Milena Moreira Ferreira. -- 2014.  
106 f.

Orientadora: Carmen Lucia Bezerra Machado.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-  
RS, 2014.

1. HIV. 2. Transmissão vertical de doença  
infecciosa. 3. Prevenção e controle. I. Bezerra  
Machado, Carmen Lucia , orient. II. Título.



### ATA PARA ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Milena Moreira Ferreira, com ingresso em 31/08/2012  
Título: **AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PERTENCENTES À 7ª CRS/RS**  
Orientador: Profª Drª Carmen Lucia Bezerra Machado

Data: 29/08/2014  
Horário: 16:30  
Local: FAMED

Banca Examinadora	Origem
Elisabete Kasper	UFPEL
Paulo Ricardo Santos Nunes	ANVISA
Waldomiro Carlos Manfroi	UFRGS

Porto Alegre, 29 de agosto de 2014.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Elisabete Kasper		Aprovado	S
Paulo Ricardo Santos Nunes		Aprovado	S
Waldomiro Carlos Manfroi		Aprovado	S

Conceito Geral da Banca: ( ) Correções solicitadas: ( ) Sim ( ) Não  
Indicação de Voto de Louvor: (x) Sim ( ) Não

**Observação:** Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Milena M. Ferreira Aluno Representada pelo Prof. Waldomiro Carlos Manfroi  
Orientador  
Prof. Carmen Lucia Bezerra Machado

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional  
Av. Ramiro Barcelos,, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599  
Porto Alegre -

Dedico esta Dissertação à minha avó Eny Moreira (*in memoriam*), à minha orientadora Carmen Machado, à minha mãe Sandra e ao meu pai Bartolomeu, aos meus filhos João Lucas e Luis Eduardo F<sup>o</sup>, ao meu esposo Luis Eduardo, à minha irmã Francine, e aos demais membros da minha família, os quais se fizeram ímpares nesta jornada.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me amparar nos momentos difíceis; por me fortalecer interiormente fazendo com que eu superasse todas as dificuldades que se apresentaram; por me mostrar o caminho nas horas incertas e por mais esta chance de estar aqui.

À minha avó Eny Moreira (*in memoriam*), por me incentivar a ser uma pessoa cada vez melhor; por me dar colo e também uns puxões de orelha quando mais precisei; por ser meu exemplo de mulher forte e guerreira, me fazendo entender o valor dos saberes, das experiências, das diferentes maneiras de compartilhar o conhecimento. E pela certeza que, de algum lugar iluminado está me assistindo e velando por mim.

À minha mãe e meu pai, por acreditarem em meu potencial, me incentivar a seguir sempre em frente, por me erguer nos momentos de fraqueza e por me ensinar a lidar com as minhas frustrações.

Aos meus amados filhos, com quem aprendo diariamente o verdadeiro sentido do “ser”; por entenderem, cada um do seu jeitinho, os momentos em que estive ausente. Por me fazerem entender que somos todos especiais, cada um com suas qualidades, seus “defeitos”, suas particularidades, fazendo disso “um mundo mais colorido e divertido de se viver”.

Ao meu esposo, meu amigo e companheiro, por acreditar nas minhas possibilidades, por lutar pela minha vida, por me mostrar a realidade dos fatos e por entender os momentos de ausência. Por me ajudar no nosso dia a dia, sendo muito mais do que um dia eu esperei.

A minha irmã que faz com que eu acredite no poder da fé, na superação dos meus limites, que me fez reagir quando eu quase desisti, que me cuida e me ama com seu jeito “tosco” de ser.

A colega e amiga Raquel Ambrózio, uma grande conquista desta trajetória, que fez com que eu agisse um pouco mais com a razão do que com a emoção, que me fez perceber que eu também tenho meus limites e preciso respeitá-los, que se mostrou incansável em todos os momentos, parceria para as viagens, para a

hospedagem, para os trabalhos em grupo, para as conversas informais, para o desabafo, enfim, uma parceria para todas as horas.

À minha orientadora Carmen Lúcia Bezerra Machado, por acreditar em mim, em meu potencial; por me mostrar o caminho da “água” e das “pedras”; por não me deixar desistir; por ser um exemplo de profissional e de pessoa, que fará parte para sempre da história da minha vida, me mostrando que a “vida, muitas vezes, não segue os protocolos”.

À minha família, que tanto amo, pela confiança, carinho, paciência e incentivo em todas as horas.

A todas as colegas de mestrado, que se mostraram ímpares no decorrer do curso, cada uma com o seu jeito, fazendo com que descobríssemos um novo mundo, um novo modo de pensar a Educação e a Saúde, em especial a Evelise Tarouco e a Janifer Prestes pela convivência e pelo carinho de sempre.

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS, pelo convívio e aprendizado enriquecedores. Acredito que citar apenas um ou dois nomes seria injusto, pois cada um, com seus conceitos e fazeres em nossa trajetória contribuíram imensamente para a construção de novos profissionais. A equipe administrativa do PPG, pela oportunidade e todo suporte necessário para realização desta etapa de formação.

Aos membros da banca examinadora, por ter aceitado o convite e por dedicar seu tempo à leitura cuidadosa deste texto e à construção de sugestões que, com certeza, qualificarão minha formação e atuação profissional.

Ao PPG Ensino na Saúde, seus professores e equipe administrativa, pela oportunidade e todo suporte necessário para realização desta etapa de formação.

A todos àqueles que pensaram que eu não conseguiria, ou de alguma forma contribuíram para que eu fraquejasse, pois me motivaram a fazer cada vez melhor e a superar meus limites em busca dos meus sonhos.

*“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”*

(Theodore Roosevelt)



## RESUMO

**Introdução:** O crescente aumento do número de casos de AIDS em mulheres evidencia um progressivo aumento da Transmissão Vertical (TV) do HIV, gerando assim a necessidade de focalizarmos esforços no intuito de impedir ou minimizar este tipo de transmissão. **Objetivos:** avaliar as condutas profiláticas adotadas para redução da TV do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS. **Metodologia:** Os dados foram obtidos por meio de pesquisa de campo retrospectiva com análise quanti-qualitativa dos formulários de cadastro, fichas de notificação e investigação compulsória, além de prontuários das gestantes e puérperas soro positivas para o HIV, no período de 01 de janeiro de 2010 a 01 de janeiro de 2013 mediante aprovação ética. **Resultados:** A população estudada compreendeu um universo de 22 mulheres notificadas como Gestante HIV +, dentre as quais 72% foram notificadas na cidade de Bagé, e destas, 9% foram notificadas em 2010, 27,3% em 2011 e 63,7% em 2012. A faixa etária de maior prevalência é de 15 a 24 anos (59%), 50% das mulheres não teve a via de parto nem a evolução da gravidez informada e 60% não tem registro de profilaxia no período intra-parto. Em 50% das fichas, não foi informado o uso da medicação pela criança nas primeiras 24h e 59% das notificações foram feitos por profissional enfermeiro. Pôde-se caracterizar com os dados coletados os aspectos individual, escolar e sócio-demográfico da 7ª CRS. Indo ao encontro das informações publicadas por Brasil (2013), este estudo evidencia uma sub-enumeração de casos no SINAN, pois apenas 63% das mulheres foram notificadas/cadastradas nos sistemas de informação. **Considerações:** As práticas de saúde adotadas pelos serviços estão de acordo Protocolo Vigente, no que se trata da administração da TARV a partir da 14ª semana de gestação, da escolha, sempre que possível da via de parto, a administração de medicamentos intra-parto, a inibição da lactação, o uso do ARV no bebê e o fornecimento de fórmula láctea. As medidas educativas necessárias para qualificar o atendimento realizado na região de saúde estudada relacionam-se principalmente à qualidade das informações das ações de saúde (alimentação dos bancos de dados dos sistemas), além de estimular a população em geral para o conhecimento do pré-natal e das testagens para HIV. Para que pudéssemos trabalhar acerca deste tema, discutimos os resultados do estudo em equipe no SAIS de Bagé, e pensamos em algumas estratégias que nos aproxime dos demais profissionais da rede. Criamos um perfil em uma rede social, onde estão sendo postadas diariamente informações acerca dos temas: HIV, AIDS, DSTs, Hepatites Virais, medidas de prevenção, meios de transmissão, atividades do serviço, dados importantes, dentre tantas outras informações, sendo imprescindível relatar que todos os componentes da equipe tem acesso a senha, para que possa sentir-se ator no processo de educação da comunidade. Logo, serão propostas oficinas e fóruns, com os temas em questão para discutir com a comunidade local, com o apoio da equipe da 7ª CRS/RS.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV. Transmissão vertical de doença infecciosa. Prevenção e controle.

## ABSTRACT

The increasing number of AIDS cases among women reveals a progressive increase of Vertical Transmission (VT) of HIV, thus generating the need of focusing efforts in order to prevent or minimize this type of transmission. The aim of the study was to evaluate the prophylactic measures adopted to reduce HIV in TV reference belonging to the 7th CRS services. Data were obtained from retrospective research field with quantitative and qualitative analysis of the registration forms, reporting forms and compulsory research, and medical records of pregnant and postpartum serum positive for HIV in the period from January 1, 2010 to January 1, 2013 by ethical approval. The study population comprised a universe of 22 women reported / registered as HIV + Pregnant Women, among which 72% were reported in the city of Bage, while 09% reported in 2010, 27.3% in 2011 and 63.7% in the year 2012 the most prevalent age group is 15-24 years (59%), 50% of women had no way of delivery, or pregnancy outcome informed and 60% have no record of prophylaxis in intra period partum. In 50% of the chips, was not informed use of medication by the child in the first 24h and 59% of registrations / notifications were made by professional nurses. Could be characterized with the data the individual, school and socio-demographic aspects of CRS 7th. Going against the information published by Brazil (2013), this study highlights an under-enumeration of cases in SINAN because only 75% of women were reported / registered in information systems. Practices adopted by health services meet the Effective Protocol, it is the administration of ART from the 14th week of gestation, the choice where possible the mode of delivery, medication administration intra-partum, the inhibition of lactation, the use of ARVs in providing baby and milk formula. Educational measures to improve service held at the health region studied relate primarily to information quality of health (nutrition database systems), in addition to encouraging the general population to the knowledge of prenatal and testings for HIV. So we could work on this subject, discuss the results of the study team at SAIS Bage, and think of some strategies that bring us closer to the other networking professionals. We created a profile on a social network, where they are being posted daily information on the topics: HIV, AIDS, STDs, Viral Hepatitis, prevention, transmission media, service activities, important data, among many other information, is indispensable report that all team members have access to the password, so you can feel an actor in the process of educating the community. Soon, workshops and forums will be proposed, with the issues in question to discuss with the local community, with the support of the 7th CRS / RS staff.

**KEYWORDS:** HIV. Vertical transmission of infectious disease. Prevention and control.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Anti-retroviral

AZT – Zidovudina

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

COMPESQ – Comissão de Pesquisa de Medicina (UFRGS)

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FAMED – Faculdade de Medicina (UFRGS)

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

MS – Ministério da Saúde

RS – Estado do Rio Grande do Sul

SAIS – Serviço de Atenção Integral a Sexualidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

TV - Transmissão Vertical

UF – Unidade Federativa

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## LISTA DE SÍMBOLOS

Mg	miligramas
%	porcentagem
cels/mm <sup>3</sup>	células por milímetro cúbico

## LISTA DE MAPAS E TABELAS

MAPA 01	LOCALIZAÇÃO DA 7ª CRS NO ESTADO DO RS .....	42
MAPA 02	LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À 7ª CRS.....	42
TABELA 01	DADOS POPULACIONAIS DA 7ª CRS .....	43

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 01</b>	<b>Taxa de detecção de AIDS por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.....</b>	<b>25</b>
<b>GRAFICO 02</b>	<b>Taxa de detecção de AIDS por Unidade da Federação, 2012 .....</b>	<b>26</b>
<b>GRÁFICO 03</b>	<b>Taxa de detecção de AIDS por sexo e razão de sexos. Brasil, 2003 a 2012.....</b>	<b>27</b>
<b>GRÁFICO 04</b>	<b>Utilização de diferentes medidas profiláticas por gestantes infectadas pelo HIV que conheceram seu status sorológico antes da gravidez ou no pré-natal visando a redução da TV. Fortaleza, 1999 a 2011.....</b>	<b>28</b>
<b>GRAFICO 05</b>	<b>A UF foi informada conforme base de dados do SINAN nos anos de 2010 a 2012 nas notificações geradas na 7ª CRS?....</b>	<b>44</b>
<b>GRÁFICO 06</b>	<b>Distribuição percentual de casos de Aids por região de residência. Brasil, 1980 a 2013.....</b>	<b>45</b>
<b>GRÁFICO 07</b>	<b>Taxa de detecção de HIV em gestantes por unidade federada. Brasil, 2011.....</b>	<b>45</b>
<b>GRAFICO 08</b>	<b>Municípios da 7ª CRS que notificaram casos de Gestantes HIV + nos anos de 2010 a 2012 conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>46</b>
<b>GRÁFICO 09</b>	<b>Incidência de HIV em Gestantes na 7ª CRS conforme o ano de notificação de acordo com a base de dados do SINAN de 2010 a 2012.....</b>	<b>47</b>
<b>GRÁFICO 10</b>	<b>Taxa de detecção de HIV em gestantes por região de residência e ano do parto. Brasil, 2002 a 2011.....</b>	<b>47</b>
<b>GRAFICO 11</b>	<b>Município de Realização do Pré-Natal, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>48</b>
<b>GRÁFICO 12</b>	<b>Idade das mulheres no momento da notificação de acordo com os dados do SINAN da 7ª CRS de 2010 a 2012.....</b>	<b>49</b>
<b>GRÁFICO 13</b>	<b>Taxa de detecção de casos de AIDS em jovens de 15 a 24 anos de idade por sexo e razão dos sexos. Brasil, 2003 a 2012.....</b>	<b>49</b>

<b>GRAFICO 14</b>	<b>Ano de diagnóstico do HIV conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>50</b>
<b>GRÁFICO 15</b>	<b>Taxa de detecção de AIDS por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.....</b>	<b>50</b>
<b>GRÁFICO 16</b>	<b>Perfil escolar em anos de estudo das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012).....</b>	<b>51</b>
<b>GRAFICO 17</b>	<b>Escolaridade das mulheres notificadas conforme base de dados do SINAN na 7ª CRS de 2010 a 2012.....</b>	<b>51</b>
<b>GRÁFICO 18</b>	<b>Raça das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012).....</b>	<b>52</b>
<b>GRÁFICO 19</b>	<b>Raça das mulheres notificadas no período de 2010/2012, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>52</b>
<b>GRAFICO 20</b>	<b>Taxa de detecção de casos de AIDS por raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.....</b>	<b>53</b>
<b>GRÁFICO 21</b>	<b>Estado civil das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012).....</b>	<b>53</b>
<b>GRÁFICO 22</b>	<b>Ocupação das mulheres no momento da notificação na 7ª CRS de 2010 a 2012, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>54</b>
<b>GRAFICO 23</b>	<b>Informação dos dados de residência e para contato das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012).....</b>	<b>55</b>
<b>GRÁFICO 24</b>	<b>As mulheres notificadas forneceram dados que possibilitassem a busca ativa conforme base de dados do SINAN?.....</b>	<b>56</b>
<b>GRÁFICO 25</b>	<b>Mulheres cadastradas X Permite contato do serviço de Referência? De acordo com os registros do SICLOM (2010/2012).....</b>	<b>57</b>
<b>GRAFICO 26</b>	<b>Qual o meio de contato preferencial das mulheres que aceitam o contato, de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)?.....</b>	<b>57</b>
<b>GRÁFICO 27</b>	<b>Evidência Laboratorial do HIV nas mulheres notificadas como Gestantes HIV +, conforme base de dados do SINAN..</b>	<b>58</b>

<b>GRÁFICO 28</b>	<b>Idade Gestacional das mulheres no momento da notificação, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>59</b>
<b>GRAFICO 29</b>	<b>Perfil Epidemiológico de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012).....</b>	<b>60</b>
<b>GRÁFICO 30</b>	<b>As gestantes que fazem Pré-Natal na rede pública quanto ao número do SISPRENATAL conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>61</b>
<b>GRÁFICO 31</b>	<b>A mulher que foi notificada, fez seu Pré-Natal conforme base de dados do SINAN?.....</b>	<b>61</b>
<b>GRAFICO 32</b>	<b>A mulher fez uso de profilaxia durante o pré-natal, conforme base de dados do SINAN? .....</b>	<b>62</b>
<b>GRÁFICO 33</b>	<b>UF, município e local do parto das mulheres notificadas conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>63</b>
<b>GRÁFICO 34</b>	<b>Tipo de parto das gestantes notificadas, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>64</b>
<b>GRAFICO 35</b>	<b>Uso de medicação profilática durante o parto, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>65</b>
<b>GRÁFICO 36</b>	<b>Evolução da gravidez das gestantes notificadas, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>66</b>
<b>GRÁFICO 37</b>	<b>Função do Investigador, conforme base de dados do SINAN.....</b>	<b>67</b>



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1.1	OBJETIVOS .....	23
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>24</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
2.1	PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS .....	25
<b>2.1.1</b>	<b>Projeto Nascer .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Cuidados adotados com gestantes soro-positivas para o HIV .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Cuidados adotados no parto e pós-parto com mulheres soro positivas para o HIV.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1.4</b>	<b>Cuidados adotados com os recém-nascidos expostos ao vírus do HIV .....</b>	<b>32</b>
2.2	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO .....	33
2.3	SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS .....	34
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	35
3.2	CAMPO DE INVESTIGAÇÃO .....	35
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO .....	35
3.4	COLETA DE DADOS .....	36
3.5	ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS .....	37
3.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	38
<b>4</b>	<b>PRÉ-ANÁLISE .....</b>	<b>39</b>
4.1	DESCREVENDO O TRABALHO DE CAMPO: momentos (in) descritíveis da pesquisa em meio às resistências .....	39
4.2	DADOS GERAIS DA 7ª CRS .....	42
<b>5</b>	<b>EXPLORANDO O MATERIAL .....</b>	<b>44</b>
5.1	CARACTERIZANDO O PERFIL DAS MULHERES NOTIFICADAS NA 7ª CRS: aspectos individual, escolar e sócio-demográfico.....	44
5.2	ANÁLISE DOS DADOS DE RESIDÊNCIA DAS MULHERES: seria possível realizar busca-ativa caso necessário? .....	55

5.3	PRÉ-NATAL: momento de acompanhamento da gestação, sorologia para HIV e início da terapia anti-retroviral .....	58
5.4	VIVENCIANDO O PARTO: da maternidade à profilaxia intra-parto e evolução da gravidez em um local diferente do habitual .....	63
5.5	RECEBENDO O BEBÊ: evolução da gravidez, profilaxia nas primeiras horas de vida e inibição da lactação na parturiente, onde, nos demais casos se estimula o aleitamento materno (à procura de privacidade).....	66
5.6	PROFISSIONAL INVESTIGADOR: compromisso e comprometimento ou imposição .....	68
<b>6</b>	<b>TRATAMENTO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
6.1	PERMEANDO OS DADOS OBJETIVOS COM AS SUBJETIVIDADES: descrição dos momentos das gestantes conforme observações dos prontuários .....	69
6.2	PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A SEREM PROPOSTAS PARA AUXILIAR AS EQUIPES DE SAÚDE A CONTINUAR EVITANDO A TV DO HIV NA REGIÃO .....	74
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>76</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
	<b>APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA .....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA .....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS .....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS .....</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO A - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE GESTANTE HIV + .....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO B - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS .....</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXO C - PORTARIA 104/2011 .....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO D – PORTARIA 1.271/2014 .....</b>	<b>100</b>

<b>ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE PESQUISA DE MEDICINA DA UFRGS (COMPESQ) .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Conforme publicações do Ministério da Saúde, a taxa de Transmissão Vertical (TV) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) encontra-se em torno de 30% quando não há nenhuma intervenção por parte de profissionais da saúde, porém, esta taxa pode ter redução significativa, para até 1%, quando há implementação de medidas de prevenção. Além disso, nas gestações planejadas, de mulheres já sabidamente HIV positivo, a execução das condutas adequadas, se realizadas nos momentos certos, propiciam redução do risco da transmissão do HIV, inclusive, para menos de 1% (BRASIL, 2010a).

Para a compreensão do contexto que estamos trabalhando, Brito et al (2006) revelam que no Brasil cerca de 84% dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) pediátrica, ou seja, quando o contágio se dá até os 13 anos de idade, correspondem à TV, conforme dados publicados no Boletim Epidemiológico – AIDS e DST no ano de 2005, estimando ainda que 0,4% do total de gestantes no Brasil correspondem a pacientes soropositivas para o HIV.

Araújo e Nogueira (2007) apresentam um importante empecilho no processo de atingir as mudanças propostas em sua integralidade, eles citam que o processo de institucionalização mais limitado é atrelado à vontade pessoal de uma parcela pequena de profissionais do que a alterações efetivas, sem valorizar a estrutura necessária e o comprometimento destas pessoas. Ainda que o Ministério da Saúde (MS) apresente as condutas e procedimentos a serem realizados pelos profissionais em suas normatizações, estes autores ressaltam a fragilidade das mesmas em relação à institucionalização. Nestas oportunidades perdidas para realizarem a intervenção preventiva, seja no pré-natal, parto e puerpério, demonstra-se a debilidade da organização bem como a pouca importância despendida ao controle da TV do HIV pelos próprios profissionais, evidenciando o distanciamento entre as normas/medidas recomendadas e a realidade encontrada.

O principal foco do estudo foi desenvolver trabalho de pesquisa de campo com o objetivo de identificar possíveis carências nos serviços de saúde de forma clara, analisando as práticas de saúde focadas na redução da TV do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)

do Rio Grande do Sul (RS) e saber quando e como propor medidas educativas à estes, as quais tenham como principal objetivo qualificar o atendimento realizado pelos profissionais nas unidades de saúde, sendo estes médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros, envolvidos com o atendimento direto com o público-alvo.

Percebendo o aumento crescente do número de gestantes soropositivas para o HIV, tanto na 7ª CRS/RS, como no Rio Grande do Sul e no Brasil, e a importância da atuação profissional nos momentos-chave desta gestação, assim como o registro das atividades realizadas, foi realizada uma busca pelas informações registradas referentes ao uso da rede pública de atendimento a estas pacientes nas cidades pertencentes à referida regional de saúde, para que se pudesse avaliar a resolutividade das medidas propostas pelo Ministério da Saúde, assim como o registro das mesmas.

Tratando-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, e conforme o problema apresentado, em um primeiro momento nos atrevemos a destacar algumas hipóteses, para que *suleássemos*<sup>1</sup> a busca pelas informações pertinentes ao objetivo proposto. Partimos do pressuposto de que a Imunodeficiência Humana não é uma doença nova, no entanto, ainda gera dúvidas aos profissionais que atendem aos pacientes acometidos pelo vírus.

A não realização do pré-natal, ou a realização do pré-natal de forma inadequada, favorece a Transmissão Vertical do HIV sem sombra de dúvidas e este fato deve ser vivenciado pelos profissionais que atuam junto às mulheres destas regiões, onde cada um deve procurar conhecer a sua realidade e a melhor forma de atuar sobre ela de forma a impactar nos resultados.

A dificuldade de acesso ao exame anti HIV, assim como aconselhamento falho antes e/ou após a realização do exame pelos profissionais capacitados para tal, impedem o manejo adequado das mulheres, quando sabe-se o status sorológico positivo para o HIV.

---

<sup>1</sup> - O sentido de *sulear*, de acordo com Freire (1992), sugere construir paradigmas endógenos enraizados em nossas realidades, invertendo a lógica que foi historicamente determinando o destino de nossos povos de fora para dentro.

A falta de adesão ao tratamento por parte das mulheres faz com que os índices de TV possam aumentar, sendo neste momento, imprescindível a criação de vínculo com as mulheres atendidas nos serviços, para que haja um comprometimento mútuo, visando o bem estar dela e do bebê.

Freire (1987, p.33,34) diz que:

Na visão bancária da educação, o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão. [...] O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez dessas posições nega a educação e o conhecimento como processo de busca.

Sendo assim, percebendo a relevância das condutas e das informações acerca destas, se entende necessário destacar a importância do cumprimento adequado das práticas de saúde definidas como eficazes para a garantia da redução da transmissão vertical do HIV na população infantil, sob pena de se determinar importantes impactos sociais e econômicos na região.

## 1.1 OBJETIVOS

O assunto em questão apresenta possibilidade de estudos de diferentes populações sob diversos prismas. Sendo assim, o delineamento dos objetivos permite manter o foco no resultado pretendido.

### 1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar as condutas profiláticas adotadas para redução da transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS/RS de 01 de janeiro de 2010 a 01 de janeiro de 2013.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as práticas de saúde que vão ao encontro do Protocolo vigente;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes HIV positivas atendidas em serviços de referência da 7ª CRS/RS;
- Conhecer o percentual de gestantes e puérperas com exame HIV positivo que foram notificadas durante a gestação;

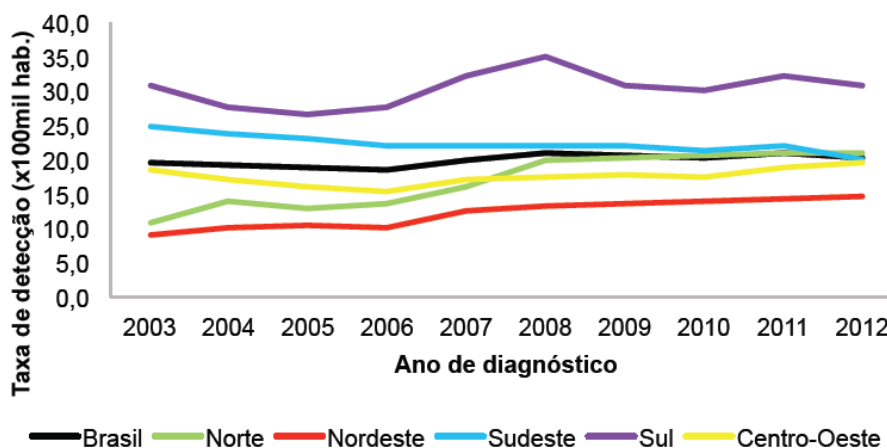
## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Conforme evidenciado por Flores (2006), a revisão da literatura implica levantar os conceitos teóricos a cerca do tema trabalhado no estudo, métodos e instrumentos de análise dos dados, além de rever trabalhos já realizados e/ou apresentados ou ainda aplicações semelhantes do estudo em outros contextos.

### 2.1 PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

A infecção pelo HIV é hoje um grave problema de Saúde Pública, com caráter pandêmico, de evolução letal sendo que não existe, ainda, cura ou vacina. É uma doença permeada por mitos, preconceitos morais, sociais e estigmas, que podem afetar psicologicamente, as relações familiares, afetivas, sociais e profissionais do portador. Pode-se ainda perceber que o quadro epidemiológico da AIDS no Brasil tem apresentado modificações importantes, tanto na forma de transmissão como no perfil dos portadores do vírus. Concomitantemente à redução dos casos entre os homossexuais e bissexuais masculinos, ocorreu aumento proporcional, no total de casos notificados, entre heterossexuais com idade superior a 12 anos (VAZ e BARROS, 2000).

**GRAFICO 1 – Taxa de detecção de AIDS por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.**

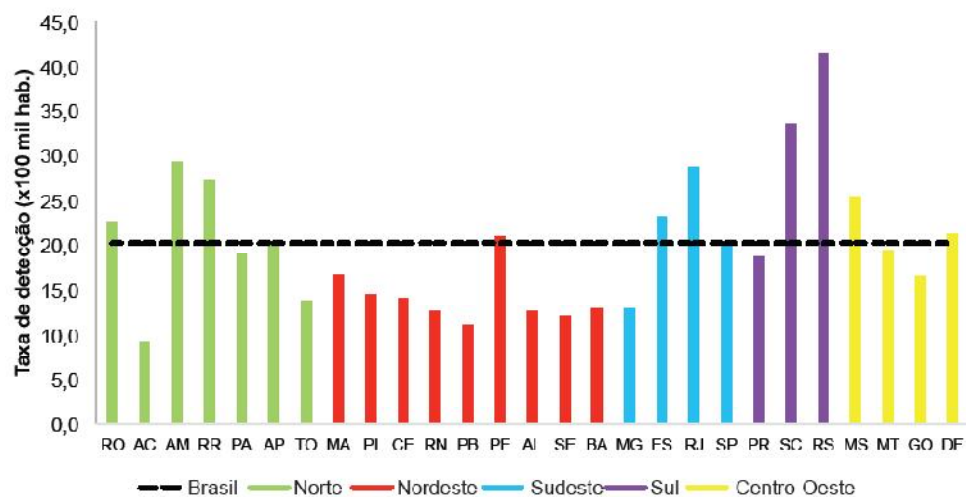


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2013).



De acordo com o último Boletim Epidemiológico publicado (2013), no ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de aids no Brasil e este valor vem mantendo-se estável nos últimos 5 anos, sendo que a taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. Pode-se observar no Gráfico 1, que a maior taxa de detecção foi concentrada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8).

**GRÁFICO 2 – Taxa de detecção de AIDS por Unidade da Federação, 2012.**



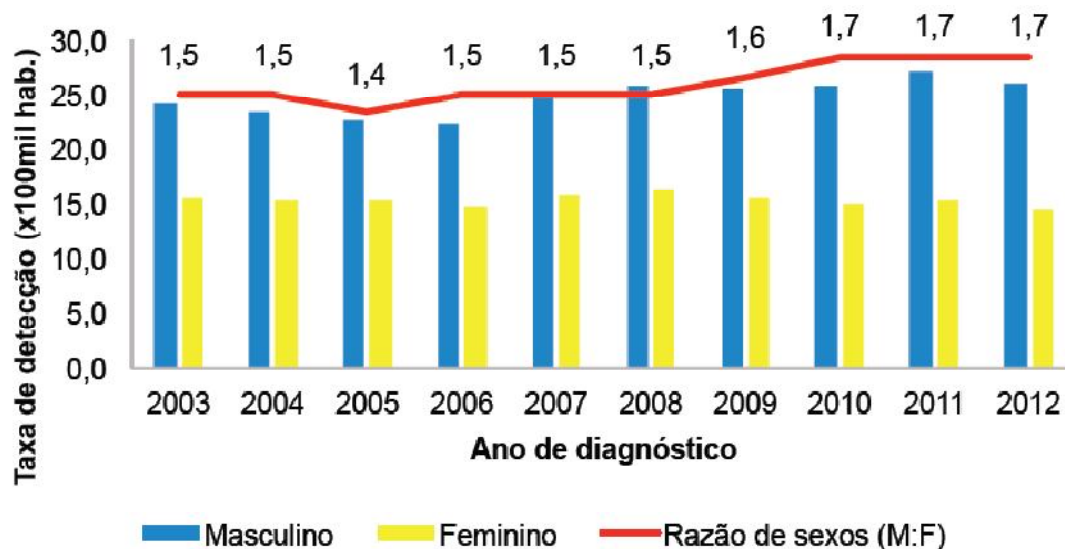
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2013).

O Programa Nacional de DST/AIDS, em 1999, apresentou importantes medidas que deveriam ser adotadas com o propósito de diminuir a TV do HIV. As mesmas consistem em: ampliação da oferta de serviços de diagnósticos e tratamento da sífilis adquirida, implantação de serviços de obstetrícia para atender ao parto da gestante infectada pelo HIV e para o recém-nascido, prevenção da transmissão perinatal do HIV, capacitação para as equipes de saúde em relação ao aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e ainda o fornecimento de leite artificial ou humano pasteurizado para os recém-nascidos destas mães.

A compreensão deste íterim corrobora o que Silva et al (2010) destacam na questão da feminização e heterossexualização da epidemia como sendo uma das principais causas para o aumento do número de crianças infectadas pelo HIV, tendo

a transmissão vertical como a principal via e infecção, haja vista que cada vez mais mulheres são infectadas em plena idade reprodutiva (15 a 40 anos).

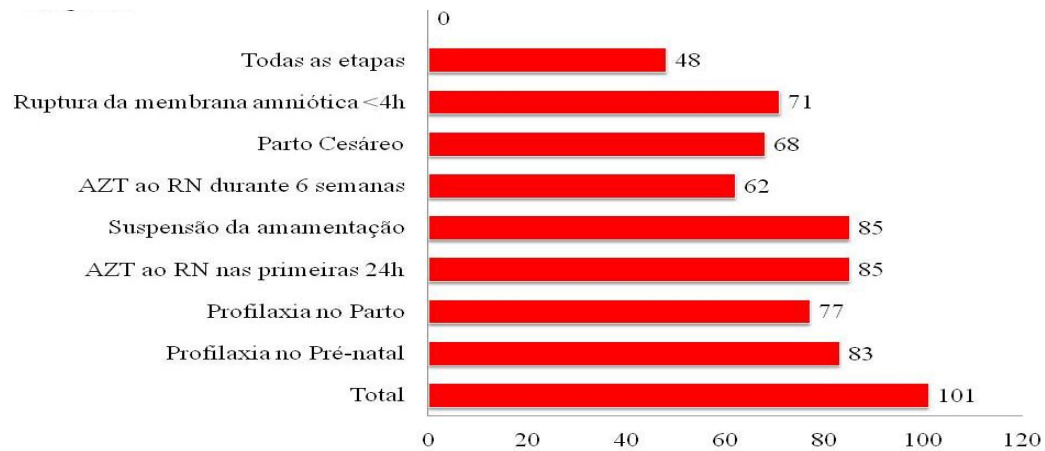
**GRÁFICO 3 – Taxa de detecção de AIDS por sexo e razão de sexos.  
Brasil, 2003 a 2012.**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2013).

Atualmente, uma das prioridades do Programa Nacional de DST e AIDS é a diminuição dos índices de TV do HIV no país, tendo-se observado, que resultados animadores vêm sendo obtidos a partir de intervenções, tais como instituição de protocolos de tratamento da gestante/parturiente e também da criança que foi exposta, percebendo-se que a taxa de TV do HIV gira em torno de 30% quando não há nenhuma intervenção por parte de profissionais da saúde, porém, esta taxa pode ter redução para até 1% quando há implementação de medidas de prevenção.

**GRÁFICO 4 – Utilização de diferentes medidas profiláticas por gestantes infectadas pelo HIV que conheceram seu status sorológico antes da gravidez ou no pré-natal visando a redução da TV. Fortaleza, 1999 a 2011.**



Fonte: CAVALCANTE, et al (2008).

Há de se considerar que essas medidas culminaram com a publicação do Manual de Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestante (BRASIL, 2010a).

Aliado aos procedimentos determinados pela legislação vigente cabe ressaltar a importância em adotá-los rotineiramente pelos profissionais. Assim, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) publicou, em 2000, a resolução nº 95 na qual consta que:

É dever do médico, solicitar à mulher durante o acompanhamento pré-natal a realização do exame para detecção do HIV, com aconselhamento pré e pós-teste [...]. É dever do médico, fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame. [...] Os serviços e instituições da saúde, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional [...].

Lana e Lima (2010) vão ao encontro da ideia anterior e destacam que o envolvimento dos gestores e a capacitação dos profissionais é essencial para o direcionamento adequado das ações que possibilitam a prevenção efetiva da transmissão vertical do HIV.

A ascendente ocorrência de transmissão vertical do HIV é registrada por Brasil (2010b) que relata o primeiro caso constatado no ano de 1985 em São Paulo, onde foi detectado um índice de 0,4% dos casos no período, dentre pacientes

infectados. O autor cita ainda que em 2006, esta via de transmissão representava 85,2% dos casos de soropositivos até 13 anos de idade, sendo que em 2007 esta taxa chegou a 91,4%.

### **2.1.1 Projeto Nascer**

Santos et al (2010) relatam que, no intuito de reduzir a transmissão vertical do HIV, a morbi-mortalidade por sífilis congênita e melhorar a qualidade da assistência perinatal, o Ministério da Saúde implantou, no ano de 2003, o Projeto Nascer - Maternidades como uma estratégia. O sucesso deste projeto que foi implantado dependerá da responsabilidade compartilhada entre os diversos atores participantes, destacando a importância da adesão das maternidades e principalmente das equipes de saúde pela ação direta realizada na prestação de serviços de saúde de qualidade e pela capacidade de promover mudanças sociais.

Entre as ações do Projeto Nascer, destacam-se a capacitação das equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis, além da vigilância epidemiológica. O enfoque prioritário foi a capacitação, visando mudanças no processo de trabalho para implementação das ações de melhoria da qualidade da assistência ao parto e puerpério, com garantia de sistema de referência especializada para as mulheres HIV positivas e para as crianças expostas (BRASIL, 2003).

### **2.1.2 Cuidados adotados com gestantes soro-positivas para o HIV**

Tendo em vista o elevado número de mulheres infectadas pelo vírus HIV, principalmente na fase reprodutiva, o controle da transmissão vertical do vírus é o principal fator relacionado ao tratamento dessas mulheres (TORRES e LUZ, 2007).

Um dos principais objetivos da avaliação inicial de uma mulher recém-diagnosticada com infecção pelo HIV é estabelecer uma sólida relação médico-paciente. O uso de linguagem acessível à paciente é fundamental para explicar os

aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, assim como a importância, do acompanhamento clínico-laboratorial e da terapia, contribuindo assim para a adesão ao acompanhamento e ao tratamento (BRASIL, 2010a).

Sabe-se que existem alguns fatores que podem ser associados ao risco de Transmissão Vertical do HIV, no entanto, a definição destes fatores é bastante complexa, envolvendo a interação de diversos aspectos descritos na literatura.

Conforme Brasil (2010a), a patogênese está relacionada a múltiplos fatores, dentre os quais podemos destacar:

a) **Fatores Virais:** Diversos estudos mostram correlação entre a magnitude da carga viral e o risco da TV do HIV. Todavia, alguns estudos realizados na África sugerem que o subtipo C esteja associado a um maior risco de transmissão intraútero. Sabe-se que atualmente, o subtipo que mais circula na região Sul do Rio Grande do Sul é o C, preocupando ainda mais a pesquisadora em relação ao tema abordado.

b) **Fatores clínicos e imunológicos:** o status clínico envolve a presença de manifestações relacionadas à imunodeficiência, como a presença de doenças oportunistas, as quais aumentam a complexidade do manejo da gestante, interferindo assim nos tratamentos que reduzem o risco da TV do HIV. A presença de DST, incluindo as vaginites, aumenta o risco de TV do HIV, o que justifica a importância de seu rastreamento e tratamento precoces. A sífilis, por exemplo, pode acarretar dano placentário, aumentando o risco de transmissão intra-útero do HIV. Em relação às condições imunológicas, gestantes que apresentem contagens de Linfócitos T-CD4+ inferiores a 200 cels/mm<sup>3</sup> têm indicação de tratamento anti-retroviral independentemente da idade gestacional e necessitam profilaxia para infecções oportunistas.

c) **Fatores comportamentais:** O uso de drogas ilícitas pode levar a danos vasculares placentários, aumentando assim a permeabilidade da placenta e, conseqüentemente, o risco de passagem do HIV e transmissão intra-útero. Em gestantes que são usuárias de drogas ilícitas, a terapia medicamentosa anti-retroviral, deve ser iniciada o mais precocemente possível. No mesmo patamar,

temos as práticas sexuais desprotegidas, pois estas aumentam o risco de reinfecção pelo próprio HIV, além da exposição à variantes resistentes ao vírus e da aquisição de outras DST's.

d) **Fatores obstétricos:** A transmissão do HIV via intra-útero é maior no 3º trimestre da gestação, o que justifica que toda gestante esteja em tratamento nesse período. A realização de procedimentos invasivos durante a gestação, tais como amniocentese e cordocentese podem acarretar maior risco de transmissão vertical, devido à lesão placentária. O tempo de ruptura das membranas amnióticas também está associado ao risco de TV: quanto maior o tempo de ruptura, maior seria o risco de transmissão do HIV, particularmente quando superior a 4 horas.

e) **Fatores relacionados ao recém-nascido:** A prematuridade e o baixo peso são fatores de risco associados à TV do HIV.

f) **Fatores relacionados ao aleitamento materno:** A amamentação está associada a um risco adicional de 7 a 22% de transmissão do HIV. Por sua vez, em casos de infecção materna aguda, o aleitamento natural aumenta a TV do HIV para 29%.

### **2.1.3 Cuidados adotados no parto e pós-parto com mulheres soro positivas para o HIV**

De acordo com o Grupo Cochrane apud Brasil (2010a), uma revisão sistemática foi realizada para avaliar a efetividade e a segurança da cesariana eletiva na prevenção da TV do HIV. Concluiu-se com o estudo que a cesariana eletiva foi uma intervenção eficaz para a prevenção da TV do HIV, nas mulheres que não fizeram uso de anti-retroviral (ARV) na gestação e naquelas que usaram apenas Zidovudina (AZT). O risco de transmissão vertical do HIV associado ao tipo de parto em mulheres com baixa carga viral não pode ser avaliado e o benefício de uma cesariana não pode ser definido nestas situações.

Diz o mesmo autor, que a frequência de morbidade pós-parto, definida como febre, infecção urinária, endometrite e tromboembolismo, foi maior nas mulheres soropositivas para o HIV com cesariana eletiva se comparada àquelas submetidas ao parto vaginal. O risco de morbidade da cesariana eletiva foi intermediário entre o parto vaginal e a cesariana de emergência. Outros fatores associados a maior risco de morbidade materna foram o estágio mais avançado da doença e a presença de comorbidades, como diabetes.

Logo após o parto a puérpera deverá ser orientada sobre a importância do acompanhamento clínico e ginecológico, assim como a importância do acompanhamento do bebê até a definição do status sorológico. O não comparecimento às consultas agendadas nos serviços de referência para HIV deve ser evitado por meio de aconselhamento e incentivo, os quais serão primordiais para a adesão da puérpera às consultas, devendo-se lançar mão inclusive de busca ativa se necessário.

A inibição farmacológica da lactação com cabergolina 1,0mg via oral e o enfaixamento das mamas com ataduras devem ser realizados imediatamente após o parto, com o cuidado de não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. Este enfaixamento é recomendado por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e a estimulação das mamas. Já em relação ao retorno da puérpera, ou seja, o primeiro atendimento no serviço de referência deve ser previsto entre o 5º e o 8º dia após o parto e o seguinte, no 42º dia após o parto, podendo ser antes, a critério da mulher ou necessidade do serviço. Para isso, a mulher deve ter alta da maternidade com sua consulta e a consulta do bebê já agendadas no serviço de saúde especializado (BRASIL, 2010a).

#### **2.1.4 Cuidados adotados com os recém-nascidos expostos ao vírus do HIV**

Dentre os principais cuidados com os recém-nascidos expostos ao vírus do HIV, encontram-se a administração de Zidovudina (AZT) xarope e a alimentação por meio de fórmula láctea até um ano de idade (BRASIL, 2010a).

A transmissão do HIV pelo aleitamento natural foi convincentemente demonstrada em 1991, por Van de Perre et al (apud ORTIGÃO, 1995). Atualmente

não ha mais dúvidas sobre a presença do vírus no leite materno e nem sobre o seu potencial infectante. O fato de a mãe utilizar ARV não controla a eliminação do HIV-1 pelo leite materno.

Conforme relatado na seção, Princípios gerais da transmissão vertical do HIV, publicado por Brasil (2010a), a amamentação está associada a um risco adicional de transmissão do HIV de 7 a 22%, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda materna. Portanto, toda mãe soropositiva para o HIV deverá ser orientada a não amamentar, ela deverá estar ciente de que, no Brasil, tem o direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até o seu filho completar doze meses de idade. Cabe a equipe de saúde explicar o modo de preparo da fórmula infantil, além de fornecer outras orientações nutricionais.

## 2.2 SINAN (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES E AGRAVOS)

Percebe-se o desejo da maternidade marcante nas mulheres, mesmo sabendo anteriormente seu status sorológico positivo para o HIV. Por isto, os profissionais da área da saúde devem ter cuidados redobrados com estas mulheres e é preciso dar mais atenção ao preenchimento correto das Fichas de Notificação Compulsória e Investigação, conforme exigência da Portaria 993/00 publicada pelo Ministério da Saúde (TORRES e LUZ, 2007).

Tendo em vista a evolução das doenças e dos agravos de notificação compulsória, assim como a necessidade de ampliar o leque destes a nível nacional, estava em vigência a Portaria 104, publicada em janeiro de 2011, a qual:

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

Atualmente, foi publicada pelo Ministério da Saúde, a Portaria 1.271 de 06 de junho de 2014, onde torna-se obrigatória em todo o território nacional, a notificação da sorologia positiva para HIV com periodicidade semanal (ANEXO D),



independente da pessoa ter os critérios para investigação de AIDS, ser gestante HIV + ou Recém-nascido exposto (BRASIL, 2014).

### 2.3 SICLOM (SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS)

O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) tem por objetivo servir como ferramenta de gestão no âmbito logístico, além de auxiliar na tomada de decisões quanto ao adequado planejamento de insumos estratégicos em HIV/AIDS e ser instrumento de informação epidemiológica de AIDS e dos usuários dos serviços que dispensam anti-retrovirais - Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) - por meio da disseminação das informações contidas nos Sistemas de Informação do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2013).

A utilização deste sistema permite aos serviços de saúde acompanhar a adesão ao tratamento das mulheres atendidas, por meio dos relatórios mensais e também pelo controle da dispensa, onde consta a data da entrega da medicação no último mês, oportunizando a equipe um melhor contato com a paciente para saber o que acontece no seu dia a dia e orientar cada uma de forma individual conforme a situação vivida.

### 3 METODOLOGIA

Na metodologia descrevemos todos os procedimentos que foram adotados para a realização deste estudo, sendo imprescindível organizar os dados documentais coletados de maneira adequada à proposta uma vez que confere a orientação da produção que se pretendeu.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido através de pesquisa de campo por meio de análise de cadastros, notificações e prontuários, tendo como população-alvo as pacientes (gestantes, parturientes e puérperas) atendidas nos Serviços de Referência da 7ª CRS/RS para HIV / AIDS.

#### 3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O campo de investigação do estudo foi a 7ª CRS/RS, composta pelos municípios de Bagé, Aceguá, Candiota, Hulha Negra, Dom Pedrito e Lavras do Sul, além do Serviço de Atenção Integral a Sexualidade (SAIS), que se trata da principal referência para atendimento de pacientes soro positivo para HIV, assim como Hepatites Virais e DST's na cidade de Bagé, atendendo também a demanda das outras cidades por não haver outro serviço semelhante nas redondezas.

#### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram gestantes, parturientes e puérperas soro positivas para HIV que foram notificadas entre 01 de janeiro de 2010 e 01 de janeiro de 2013 pelos serviços de referência anteriormente citados, sendo estas, sujeitos passivos, uma vez que os dados trabalhados foram àqueles constantes nos documentos consultados.

### 3.4 COLETA DE DADOS

O período para busca documental que permeou este estudo foi de 01 de janeiro de 2010 a 01 de janeiro de 2013, sendo que a pesquisa foi desenvolvida em etapas constantes em cronograma pré-definido com início de coleta de dados, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, a partir de julho de 2014.

O estudo em questão desenvolveu-se mediante coleta, tabulação, análise e discussão dos dados referentes à pacientes soropositivas para o vírus do HIV em situação gestacional e puerperal atendidas nos serviços de referência da 7ª CRS/RS. Para tanto, foram utilizados bancos de dados do SICLOM e SINAN adotados pelos serviços conforme protocolos de atendimento para rastreamento do público-alvo, conforme modelos-padrão (Anexo A e B).

Logo após, foi realizada pesquisa documental para análise das práticas de saúde que teve por finalidade evitar a transmissão vertical do HIV, conforme as Políticas Públicas do Ministério da Saúde, publicadas no ano de 2010. Neste estudo foram utilizados os procedimentos citados acima na seguinte ordem cronológica:

Na primeira quinzena de julho de 2014, foi feita a análise documental dos Bancos de dados do SINAN e SICLOM para a identificação do público-alvo (gestantes HIV positivas notificadas ao SINAN e gestantes HIV positivas cadastradas no SICLOM para receber medicação, conforme Protocolo vigente no ano de 2014).

Esta etapa aconteceu mediante autorização prévia da coordenação da 7ª CRS/RS e do Serviço de Referência de Bagé (APÊNDICE A). Logo, os dados foram tabulados, conforme exigências legais para gestantes HIV positivas.

O registro aconteceu mediante a transcrição dos dados das fichas de notificação e também dos prontuários das gestantes/parturientes e puérperas que frequentaram o Serviço de Referência do município de Bagé, que, dentre os que compõem a 7ª CRS/RS, é o que atende a maior demanda.

A intenção com os dados obtidos na pesquisa foi avaliar as práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS/RS.

Logo após a primeira etapa, foi realizado o levantamento dos dados necessários à análise através da revisão de prontuários das gestantes soro-

positivas, atendidas no programa DST/AIDS da 7ª CRS/RS de 01 de janeiro de 2010 a 01 de janeiro de 2013, na segunda quinzena de julho.

Nas fichas de Notificação e Investigação do SINAN (ANEXO A) foram pesquisados dados gerais (campos - 1 a 7); Notificação Individual (campos – 10 e 12 a 14); Dados de residência (campos – 29 e verificação da existência do registro dos dados referentes às pacientes afim de verificar a possibilidade de busca ativa e retro-alimentação dos sistemas de referência e contra-referência); Antecedente Epidemiológico da mãe/HIV (campos – 31 e 32); Dados do pré-natal (campos – 33 a 39); Dados do parto (campos – 40 a 47); função do investigador .

Nas fichas de cadastro no SICLOM (ANEXO B) foram pesquisados os dados gerais (campos – 6 – 8 e 10 a 12); Dados de residência (campos –13 a 23 e verificação da existência do registro dos dados referentes às pacientes com a finalidade de verificar a possibilidade de busca ativa e retro-alimentação dos sistemas de referência e contra-referência); dados de perfil escolar (campo – 24) e dados de perfil epidemiológico (campos – 25 a 29).

A pesquisa foi desenvolvida pela pesquisadora Milena Moreira Ferreira orientada pela Profª. Dra. Carmen Lucia B. Machado. Para o desenvolvimento deste projeto também contamos com a colaboração da Senhora Cândida Brito (representante da 7ª CRS/RS) e da Dra. Terezinha Ricaldone (Coordenadora do Serviço de Atenção Integral a Sexualidade – SAIS).

### 3.5 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados objetivos relativos aos cadastros e fichas de notificação foram digitados no Excel, logo após, foram organizados e apresentados em tabelas e gráficos.

Já os dados qualitativos obtidos no estudo dos prontuários foram transcritos e discutidos com a literatura pertinente conforme categorização. A interpretação dos dados qualitativos utilizou a estratégia da análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo, conforme previsto na Resolução 466/2012, foi submetido à apreciação da Plataforma Brasil (CEP) precedida de avaliação de mérito, realizada pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS (COMPESQ).

Foram emitidos Termos de Autorização das Instituições Colaboradoras: 7ª CRS/RS e Serviço de Atenção Integral a Sexualidade de Bagé (SAIS) (APENDICES A e B), assim como foi entregue a cada Instituição colaboradora, um Termo de Compromisso de utilização dos dados (APENDICES D e E), conferindo assim maior fidedignidade e transparência aos aspectos éticos envolvidos no processo.

Dentre os riscos presentes no projeto tratando-se dos participantes do estudo, se pôde prever, os riscos inerentes às pesquisas que utilizam dados secundários como fontes de informação.

De acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) o presente estudo não ofereceu risco aos sujeitos envolvidos, pois se tratando das informações levantadas, estas não possibilitaram a identificação individual dos sujeitos, mesmo em se tratando de municípios pequenos.

## 4 PRÉ-ANÁLISE

De acordo com o referencial adotado (Bardin), a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo assim, para que o estudo fosse possível, foi necessária a coleta dos dados de maneira sistemática nos serviços de referência, tabulação, disposição em gráficos para melhor visualização e posterior análise, para que a discussão com a literatura pertinente se tornasse objetiva.

Alguns exemplos que constam nesta dissertação são simples e sem pretensões, pois tem a intenção de propiciar ao investigador iniciante o começo de uma tarefa que podemos descrever como: jogo entre as hipóteses, entre a ou as técnicas e a interpretação. “Isto porque a análise de conteúdo se faz pela prática” (BARDIN, 2009, p.51).

### 4.1 DESCREVENDO O TRABALHO DE CAMPO: momentos (in) descritíveis da pesquisa em meio às resistências

Ao realizar inscrição no processo de seleção para o Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, pensei primeiramente em “aprender a ensinar”, saber como transmitir conhecimento, “como depositar” informações, ora, que ilusão a minha, quem sou eu para dizer a qualquer pessoa como deve ou não pensar, como deve ou não agir, sem levar em consideração todas as subjetividades envolvidas nos processos, tanto de ensino como de saúde.

As mudanças no pensamento, os questionamentos acerca de tudo o que foi estudado até este momento começaram a despertar no momento da leitura do edital de seleção, onde tínhamos como texto de base para a prova, alguns artigos e um livro, os quais me proporcionaram momentos únicos de reflexão analisando as Diretrizes Curriculares Nacionais (2008), o “Quadrilátero da Formação na Área da Saúde (CECIM e FEUERWERKER, 2004)” e ainda, “O caminho do novo e as resistências (MACHADO, 2011)”.

Logo após ser selecionada e começar o curso, percorria 760 km em dois dias, com muito entusiasmo e dedicação para participar das aulas, apresentar trabalhos, assistir palestras (a qual destaco a de Edgar Morin), debater as leituras e conversar nas horas de intervalo. Foram momentos ricos, compartilhados com as colegas de turma (éramos 20) e tudo ia se tornando mais fácil, mais ameno. Percebia que não era a única a ter dificuldades, problemas no local de trabalho e muitas resistências para desenvolver o projeto de pesquisa, tal como relatado por Machado (2011).

Não poderia deixar de citar meu projeto de pesquisa, o qual me rendeu muitos frutos, muitas alegrias, muitas tristezas, muitas lacunas e inclusive o desapego. Sim, aprendi com a minha querida orientadora Carmen Bezerra Machado, que não vale à pena o desespero, tampouco desistir dos nossos sonhos, tem-se que lutar com as nossas armas e fazer bonito com o que se tem. O “não, também é dado de pesquisa, minha cara”, palavras que foram para mim como um bote salva-vidas em meio a um naufrágio. Claro, um naufrágio, pois apresentamos o projeto de pesquisa como pré-requisito para ingresso no mestrado e como trabalhava em dois locais na minha cidade, minha intenção era contemplar ambos, com o tema de pesquisa, para que nenhum tivesse qualquer menção de desmerecimento por minha parte.

Chamar de ingenuidade, de falta de experiência, seja o que for tal situação me permitiu perder um de meus empregos, e tudo ficou mais difícil. A pesquisa neste mesmo local, antes concordante, inclusive com a liberação nos dias de aula, foi negada, os dados pesquisados por terceiros também não puderam ser disponibilizados, e as horas de aula, tiveram que ser pagas. Então, depois de tudo o que havia encaminhado, me senti perdida e este fato me proporcionou ser encontrada. Mais ainda, me proporcionou o conhecimento e a experiência de lidar com as minhas frustrações, e ainda de ter pessoas com uma capacidade de entendimento tão ampla, que me direcionaram no caminho “da água”, quando encontra pedras em seu percurso, tratam-se de Carmen e Manfroi, sempre com uma palavra de apoio e incentivo.

A pesquisa bibliográfica foi concluída e depois de todas as etapas éticas (que nos renderam muito trabalho), foi liberada a coleta dos dados. Primeiramente, foram coletados os dados na 7ª CRS fornecidos com presteza pela Senhora Cândida Britto, responsável pela Vigilância Epidemiológica da regional. Logo após, foram

coletados os dados no serviço de referência de Bagé, fornecidos pela Dra. Terezinha Ricaldone.

O que pode nos causar surpresa e até estranheza, é que após a autorização da pesquisa no serviço de outra cidade, tentou-se contato por visita, por e-mail, pelo telefone da unidade e também por ligação e mensagem via celular, todas as tentativas sem sucesso. Sendo assim, os dados subjetivos deste serviço que seriam relatados após análise dos prontuários, não serão analisados. O que aconteceu? Não se sabe, pois não tem comunicação de nenhuma maneira.

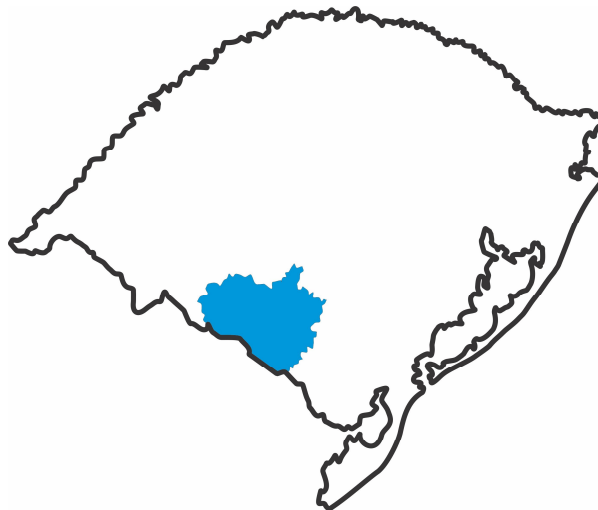
Trabalhou-se então com os dados disponibilizados e procurou-se fazer o melhor possível, lapidando cada informação obtida, e tendo um olhar diferenciado relacionado à região que foi estudada.



## 4.2 DADOS GERAIS DA 7ª CRS

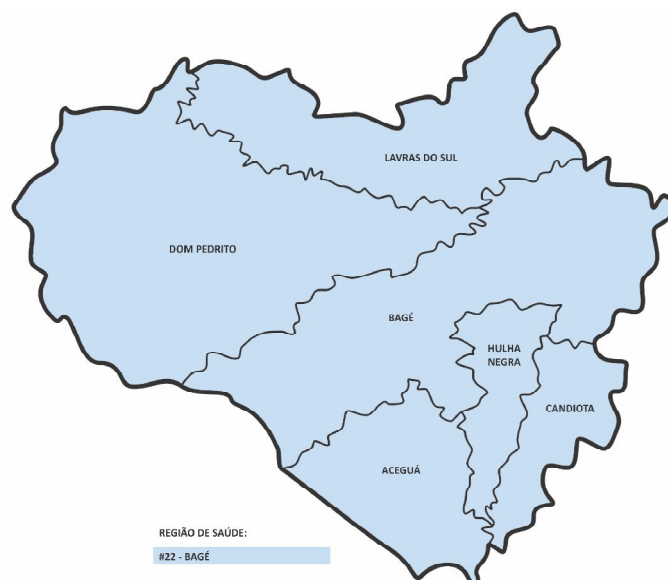
Para entender melhor o cenário que trabalhamos, é importante primeiramente descrever os municípios que são abrangidos pela 7ª CRS, assim como a população de cada um, conforme segue.

### MAPA 01 – LOCALIZAÇÃO DA 7ª CRS NO ESTADO DO RS



Fonte: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/> acesso em: 08/2014

### MAPA 02 – LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À 7ª CRS



Fonte: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/> acesso em: 08/2014

**TABELA 01 – DADOS POPULACIONAIS DA 7ª CRS**

<i>Município</i>	<i>População residente (2010)</i>	<i>População residente – Mulheres (2010)</i>	<i>População estimada para 2013</i>
Bagé	116.794	60.990	121.235
Dom Pedrito	38.898	19.791	39.957
Candiota	8.771	4.290	9.214
Lavras do Sul	7.679	3.904	7.862
Hulha Negra	6.043	2.919	6.386
Aceguá	4.394	2.091	4.638

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul> acesso em: 08/2014

## 5 EXPLORANDO O MATERIAL

De acordo com o que foi proposto, moldamos os dados conforme Bardin (2009), sendo assim, logo após a coleta dos dados, exploramos os mesmos para que o estudo tenha sentido.

### 5.1 CARACTERIZANDO O PERFIL DAS MULHERES NOTIFICADAS: aspectos individual, escolar e sócio-demográfico da 7ª CRS

Acredita-se que o número de gestantes soropositivas para HIV tem se tornado crescente na última década, não só no Brasil, mas principalmente no Sul do Brasil, em específico no Rio Grande do Sul, o que faz desta, uma realidade que deve ser encarada pelos serviços da região, e o fato deve ser problematizado no dia a dia das equipes de saúde.

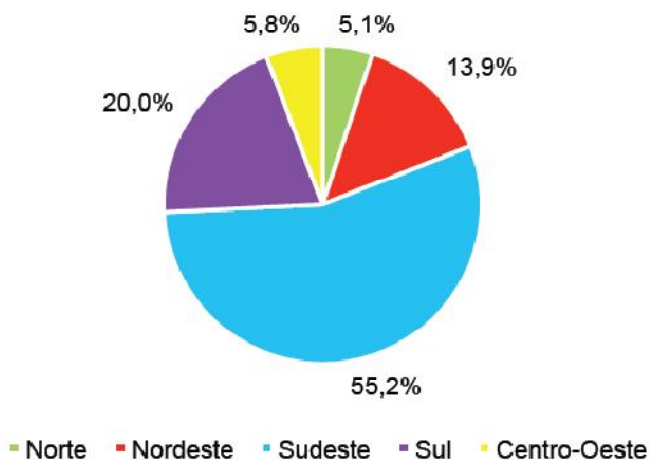
Ao observarmos o gráfico abaixo, podemos perceber que da totalidade das mulheres notificadas como Gestantes HIV no período de 01 de janeiro de 2010 a 01 de janeiro de 2013, 91% tem o dado da UF registrado em sua ficha, e em 9%, a UF não foi informada.

**GRÁFICO 5 - A UF foi informada conforme base de dados do SINAN nos anos de 2010 a 2012 nas notificações geradas na 7ª CRS?**



O que pode ser descrito como um mero dado informativo para muitas pessoas é de grande relevância para os analistas dos sistemas envolvidos e também para a população acadêmica em geral.

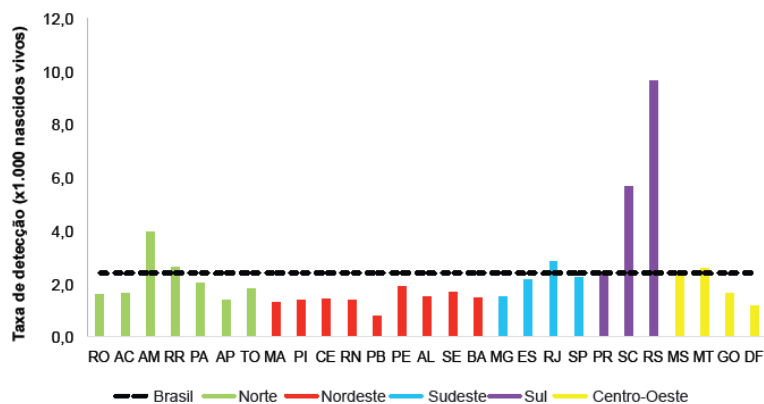
**Gráfico 6 – distribuição percentual de casos de Aids por região de residência. Brasil, 1980 a 2013.**



Fonte: BRASIL, 2013 .

Como podemos observar, a região Sul, é a segunda região do Brasil, em distribuição percentual dos casos de AIDS e estes dados, são referentes à pesquisas do Ministério da Saúde, no ano de 2013, analisando os mesmos materiais que foram analisados neste estudo, evidenciando assim, a necessidade de preenchimento correto do campo UF.

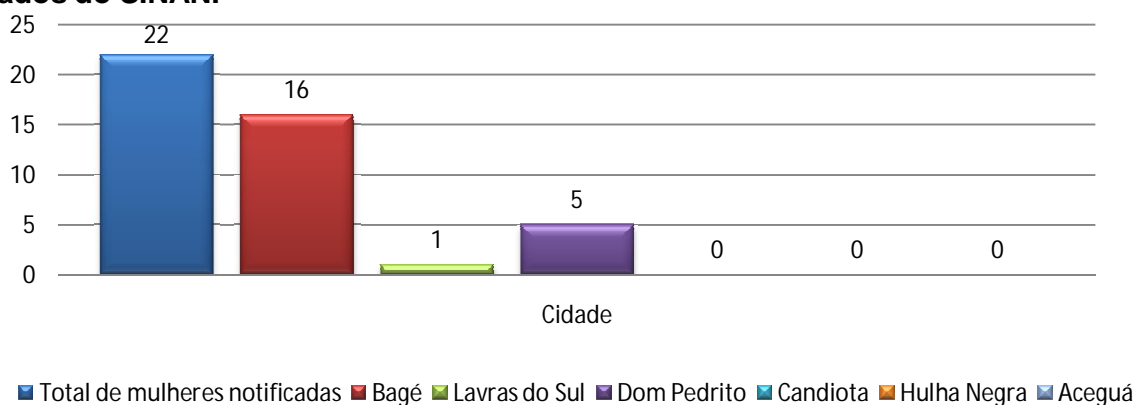
**Gráfico 7 – Taxa de detecção de HIV em gestantes por unidade federada. Brasil, 2011.**



Fonte: BRASIL, 2013

Com a análise destes dados, publicados pelo Ministério da Saúde, podemos perceber que o Rio Grande do Sul é o segundo estado no Brasil quando se trata de detecção de casos de AIDS, e o primeiro estado, quando se trata da detecção de HIV em gestantes.

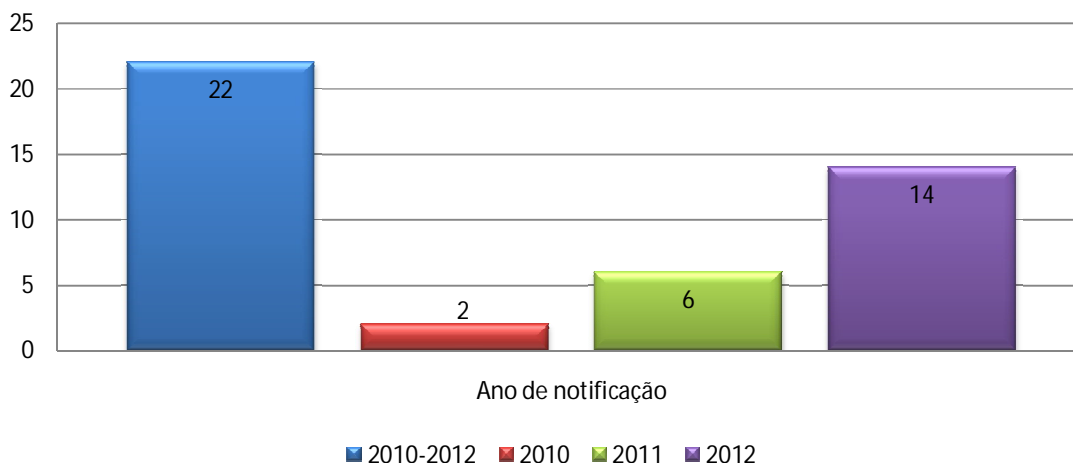
**Gráfico 8 - Municípios da 7ª CRS que notificaram casos de Gestantes HIV + nos anos de 2010 a 2012 conforme base de dados do SINAN.**



Logo após o preenchimento da UF, temos o campo: Município de Notificação. Com estes resultados, podemos perceber que a grande maioria (72%) foram notificadas na cidade de Bagé, seguida pela cidade de Dom Pedrito (22%) e Lavras do Sul (6%), não havendo registro das cidades de Candiota, Aceguá e Hulha Negra.

De acordo com os dados demográficos da região de saúde estudada, Bagé é a cidade com maior número populacional (cerca de 116 mil habitantes), sendo também, município de referência da região para este tipo de atendimento e tratamento (Gestação de mulher soro positiva para HIV).

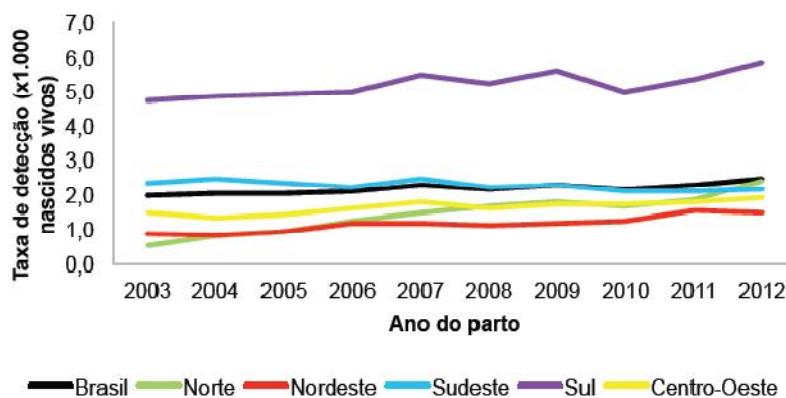
**Gráfico 9 - Incidência de HIV em Gestantes na 7ª CRS conforme o ano de notificação de acordo com a base de dados do SINAN de 2010 a 2012.**



Indo ao encontro dos dados publicados pelo MS, no ano de 2013, a tendência de notificações de Gestantes HIV + é aumentar cada vez mais, principalmente após a incorporação do Protocolo de testagem para HIV em três momentos no pré-natal e um no momento do parto (Projeto Nascer), conforme comprova o gráfico abaixo.

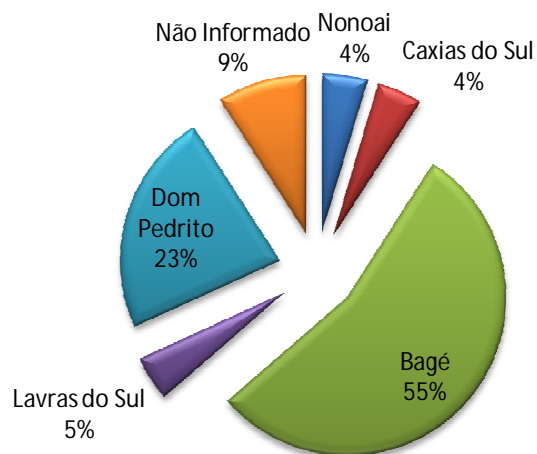
Tais dados confirmam a elevação do índice de gestantes HIV positivas no Brasil, principalmente no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2013).

**Gráfico 10 – Taxa de detecção de HIV em gestantes por região de residência e ano do parto. Brasil, 2002 a 2011.**



Fonte: BRASIL, 2013

**Gráfico 11 - Município de Realização do Pré-Natal, conforme base de dados do SINAN.**

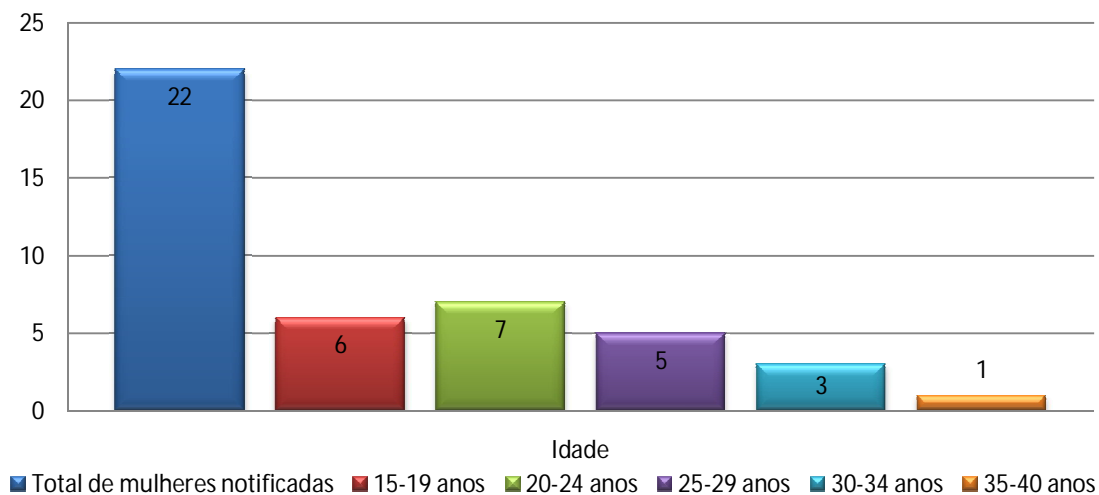


Ao ser observado o dado disposto no gráfico acima, nos chama à atenção, duas situações. Primeiramente, podemos perceber que 9% das mulheres não teve a informação do município de realização do pré-natal em sua ficha. E ainda, 8% das mulheres notificadas fizeram pré-natal em cidades que não são de abrangência da 7ª CRS.

O primeiro fato nos leva a questionar a qualidade da informação prestada e o comprometimento dos profissionais que informam ou digitam estes dados.

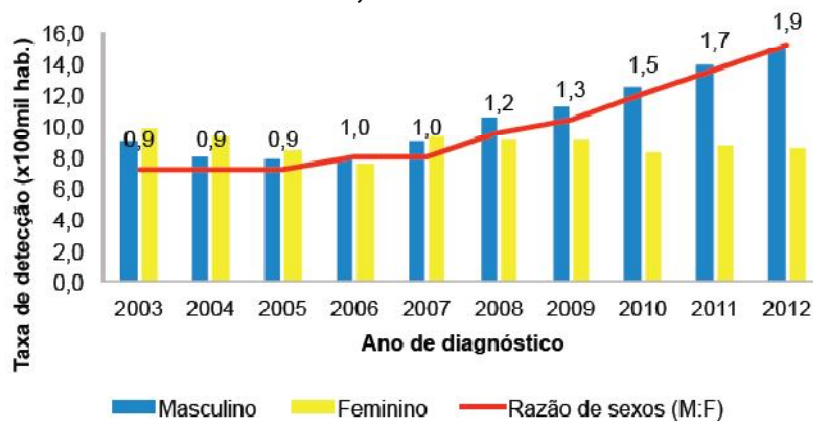
Já o segundo fato (Pré-natal em cidade que não é de abrangência da 7ª CRS), deve-se ao fato de o hospital da cidade de Bagé (Santa Casa de Caridade de Bagé) ser referência também para UTI Neonatal no Estado, via central de leitos, justificando assim, a notificação destas duas mulheres na regional, haja vista que seus bebês nasceram na cidade de Bagé.

**Gráfico 12 - Idade das mulheres no momento da notificação de acordo com os dados do SINAN da 7ª CRS de 2010 a 2012**



O perfil das mulheres infectadas vai ao encontro dos dados publicados pelo MS no ano de 2013, estando à maior incidência na faixa etária de 15 a 24 anos (59%), com média de idade das gestantes de 24 anos, com idade mínima de 16 e máxima de 40 anos, como se pode observar no gráfico acima.

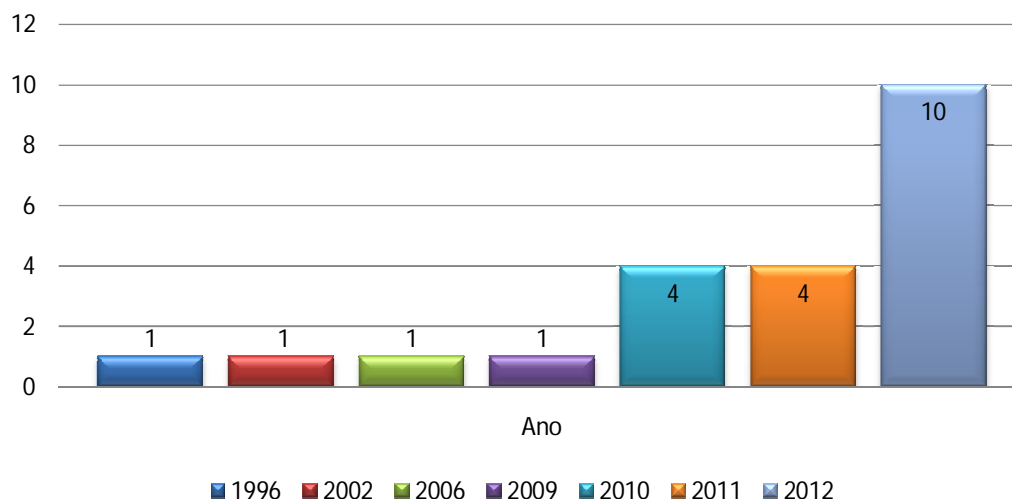
**Gráfico 13 – Taxa de detecção de casos de AIDS em jovens de 15 a 24 anos de idade por sexo e razão dos sexos. Brasil, 2003 a 2012.**



Fonte: Brasil, 2013.

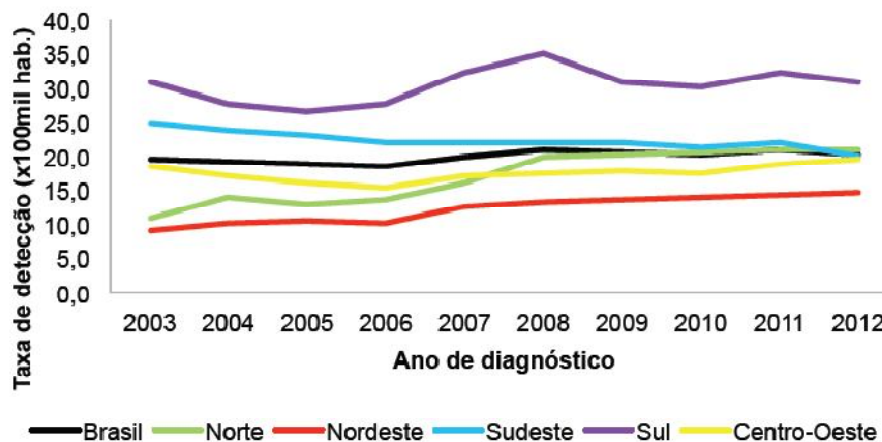


**Gráfico 14 - Ano de diagnóstico do HIV conforme base de dados do SINAN.**



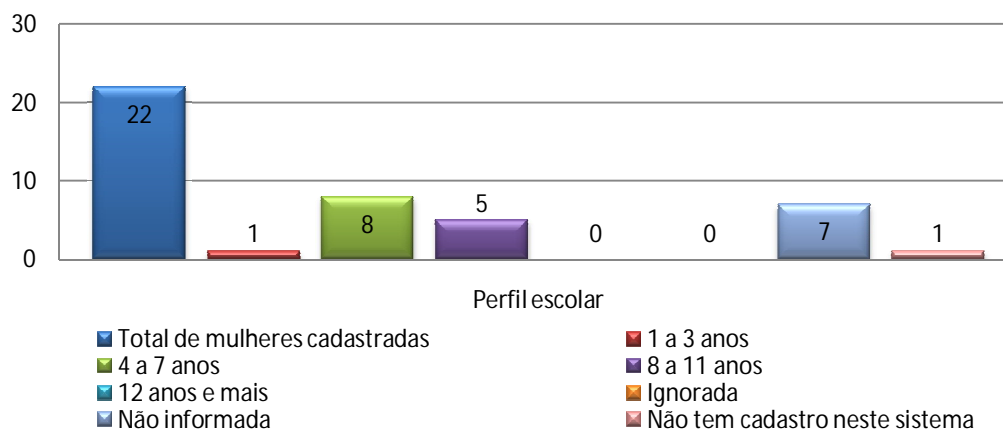
Com o passar dos anos, a região sul continua despontando os índices de HIV no Brasil, e não seria diferente na 7ª CRS do Rio Grande do Sul. No entanto, percebe-se com a análise do Gráfico 14, que a grande maioria das gestantes (45%) descobriu seu status sorológico reagente para HIV no ano de 2012 seguido pelos anos de 2010 e 2011, com um percentual de 18% cada ano, tornando estes dados alarmantes na região, assim como é corroborado pelos dados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

**Gráfico 15 – Taxa de detecção de AIDS por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.**



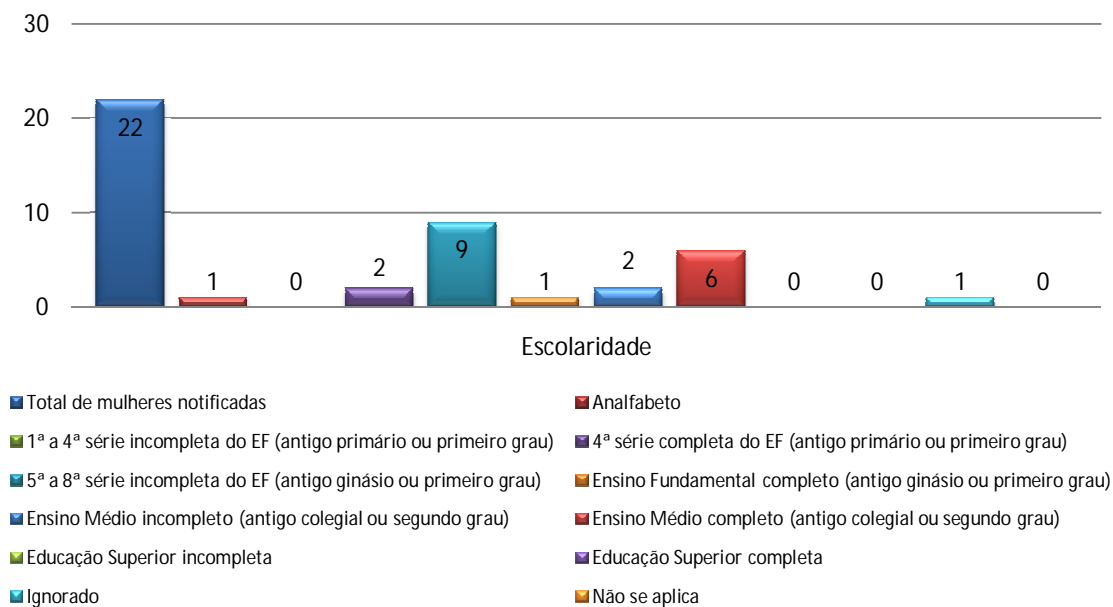
Fonte: Brasil, 2013.

**Gráfico 16 - Perfil escolar em anos de estudo das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)**



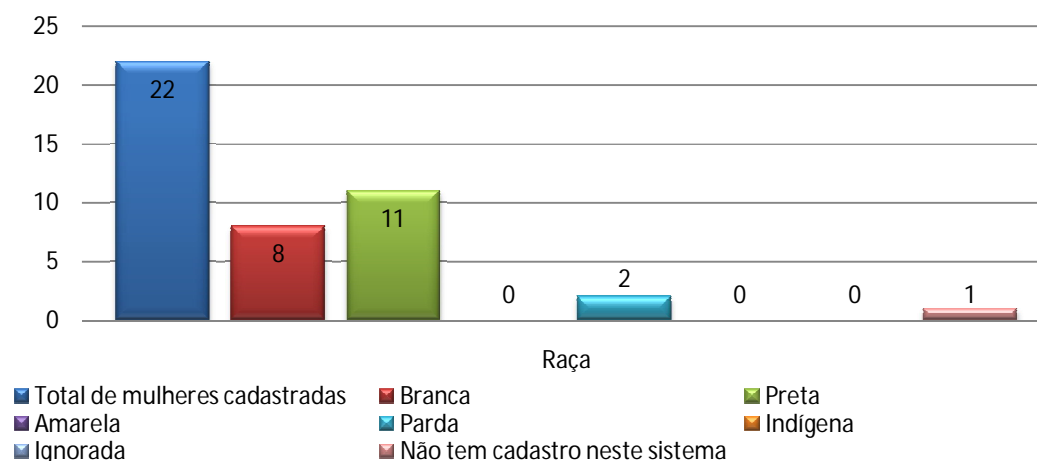
Nota-se que do total de gestantes cadastradas (100%), 36,4% estudaram de 4 a 7 anos (ensino fundamental), 22,8% estudaram de 8 a 11 anos (Ensino médio) , **31,8% não teve o seu perfil escolar preenchido**, 4,5% estudaram de 1 a 3 anos e por fim, 4,5% não tem seu cadastro no SICLOM, o que nos leva a pensar não houve tratamento ou não houve cadastro pela Unidade de Saúde.

**Gráfico 17 - Escolaridade das mulheres notificadas conforme base de dados do SINAN na 7ª CRS de 2010 a 2012**

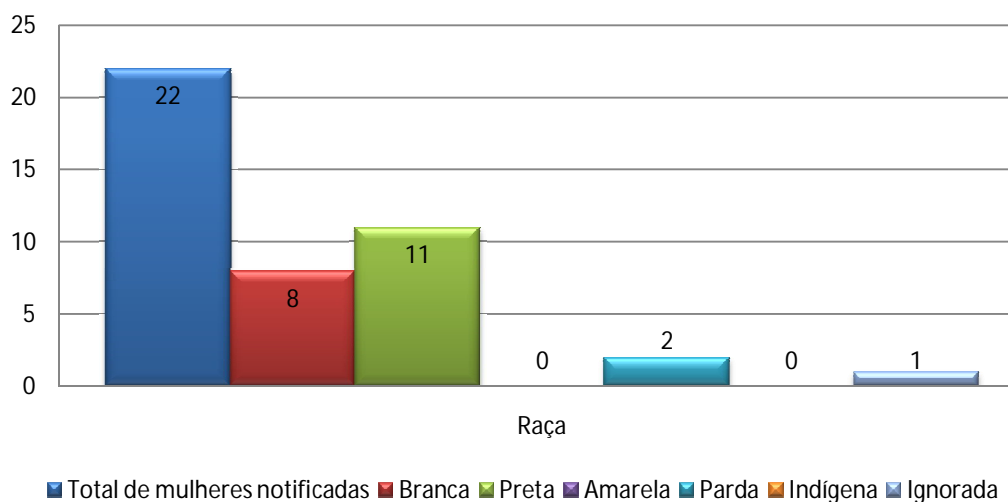


Confirmando os dados informados no SICLOM anteriormente, confirma-se a baixa escolaridade das mulheres cadastradas, predominando o índice da 5ª a 8ª série (40,9%) e ensino médio completo (27,3%), o que pode ser corroborado ainda pelos índices publicados pelo Ministério da Saúde, onde, no ano de 2012 a maior proporção de gestantes infectadas pelo HIV está concentrada em duas faixas de escolaridade distintas – da 5ª a 8ª série incompleta (23,2%) e do ensino médio completo (21,3%) (BRASIL, 2013).

**Gráfico 18 - Raça das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)**

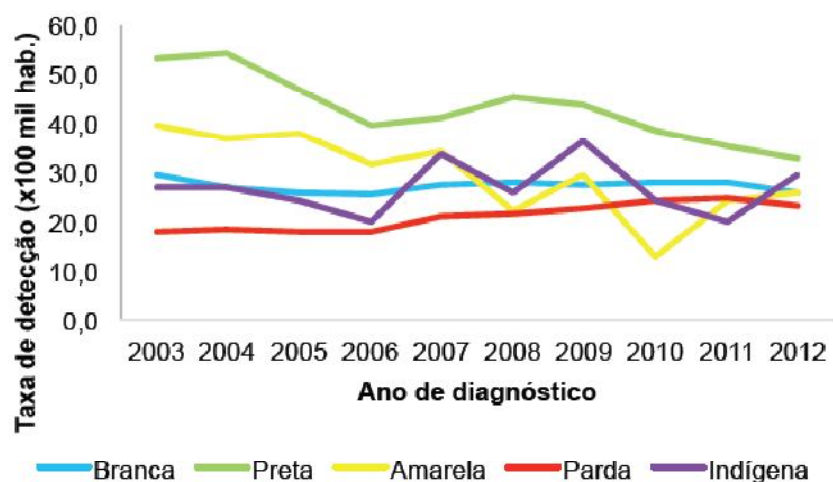


**Gráfico 19 - Raça das mulheres notificadas no período de 2010/2012, conforme base de dados do SINAN.**



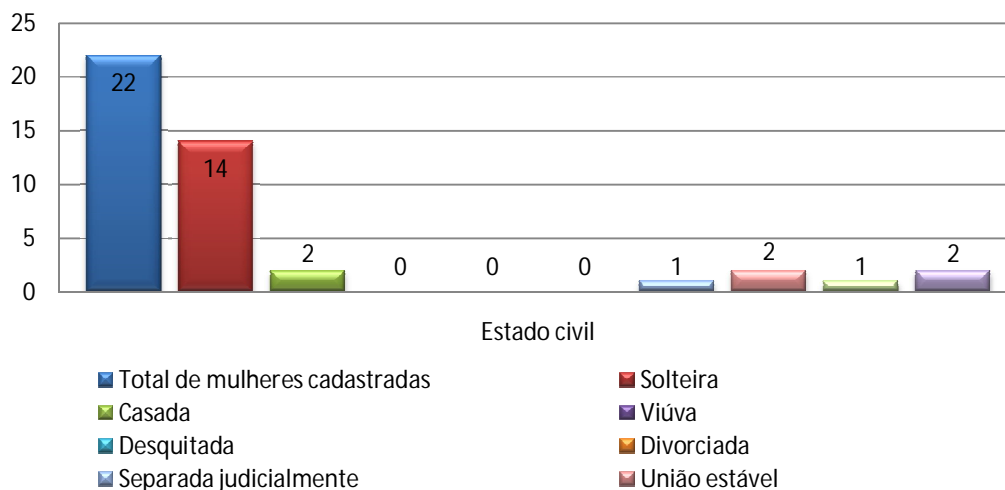
Ao analisar os dados coletados, percebe-se prevalência das raças/cor preta e branca sobre as demais, predominando a raça/cor preta (50%), seguida pela branca (36,4%) (confirmando os dados cadastrados no SICLOM e no SINAN), no entanto, sendo um pouco diferenciado dos dados publicados pelo Ministério da Saúde, onde temos 41,2% das gestantes notificadas (de 2003 a 2012) da raça/cor branca e 37,5% da raça/cor parda, o que pode evidenciar uma das particularidades da região estudada (BRASIL, 2013).

**Gráfico 20 – Taxa de detecção de casos de AIDS por raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.**



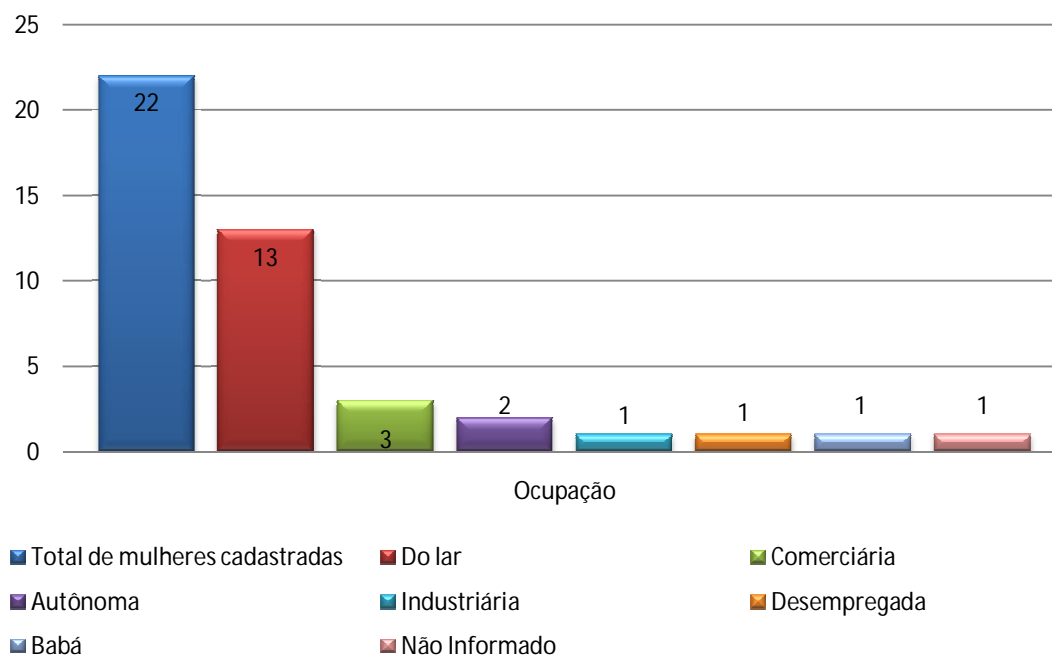
Fonte: Brasil, 2013.

**Gráfico 21 - Estado civil das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)**



Observa-se com o gráfico acima, que 63,7% das mulheres cadastradas são solteiras, devendo salientar que na ficha do SINAN, este campo não existe.

**Gráfico 22 - Ocupação das mulheres no momento da notificação na 7ª CRS de 2010 a 2012, conforme base de dados do SINAN.**



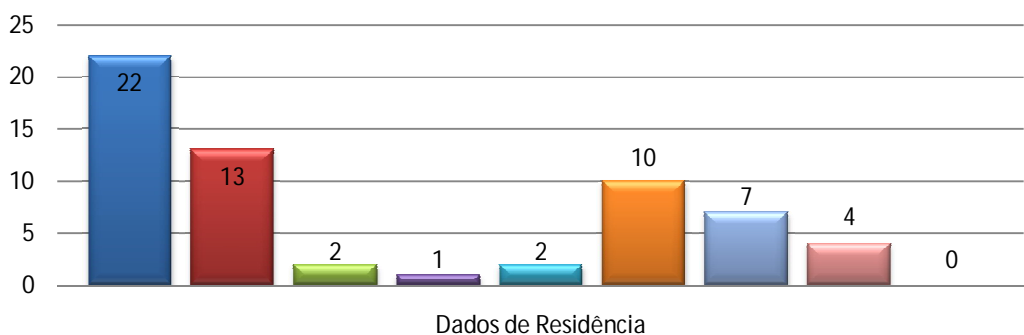
Analisando os dados coletados a cerca da ocupação das mulheres notificadas no SINAN, observamos um grande índice de mulheres infectadas (59%) que são do lar, ou seja, donas de casa, o que aliado à baixa escolaridade, contribui para a vulnerabilidade das mesmas e para o aumento dos índices de contaminação.

## 5.2 ANÁLISE DOS DADOS DE RESIDÊNCIA DAS MULHERES: seria possível realizar busca-ativa caso necessário?

Ao recebermos uma paciente na unidade de saúde, para qual quer que seja o procedimento necessário, antes de tudo, deve ser feito acolhimento desta pessoa e preferencialmente seu cadastro (abertura de prontuário).

Notadamente, uma mulher que frequenta um Serviço de Referência para DST/AIDS, é pertencente a uma área coberta por Estratégia de Saúde da Família ou a uma Unidade Básica de Saúde, pois o encaminhamento ao serviço de referência deve partir da Atenção Primária à Saúde, daí surge à necessidade dos dados de residência destas mulheres.

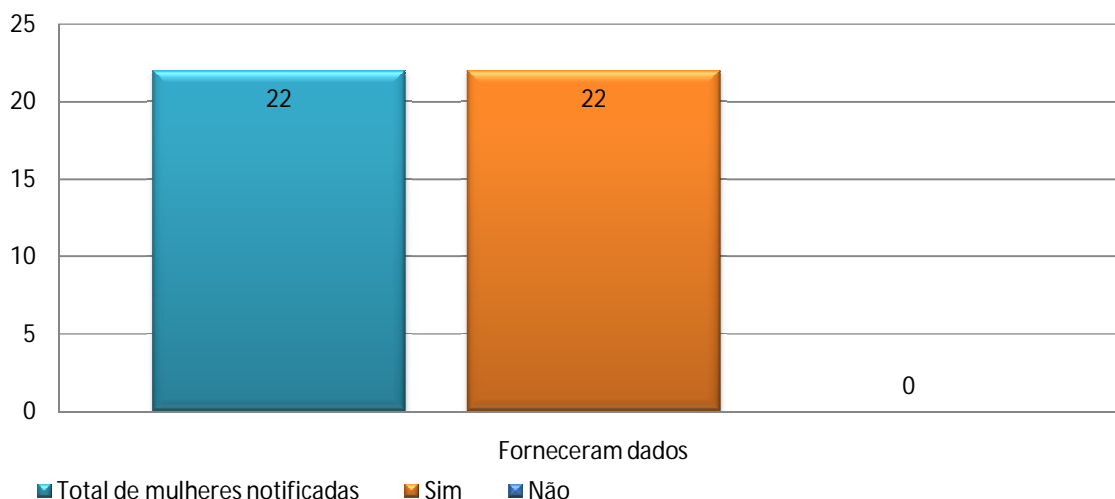
**Gráfico 23 - Informação dos dados de residência e para contato das mulheres cadastradas de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)**



- Total de mulheres cadastradas
- Informaram endereço (UF/Cidade/Rua/CEP)
- Não quiseram informar
- Não foi cadastrada neste sistema
- Informaram e-mail
- Informaram um telefone para contato
- Informaram dois telefones para contato
- Não informaram telefone
- Fizeram observações em seus cadastros

Na análise das fichas de cadastro do SICLON, podemos perceber que apenas 59% das mulheres cadastradas informaram o endereço completo. Entretanto, 45% forneceram um telefone para contato e 31% informou dois telefones para contato em caso de necessidade.

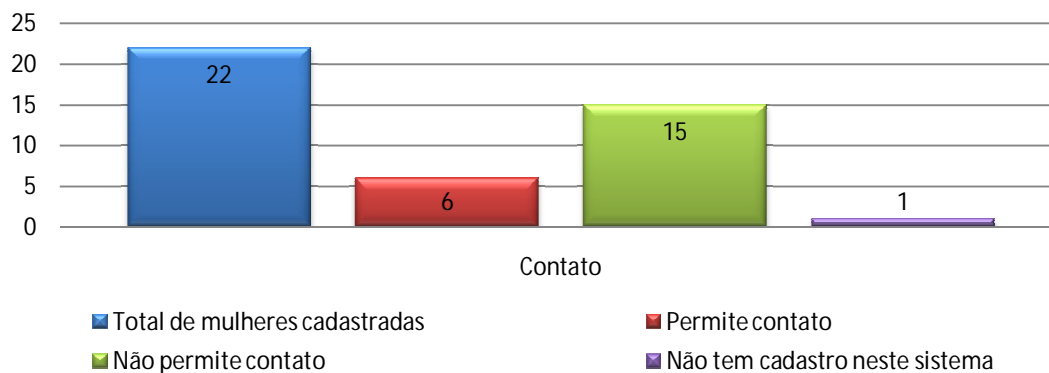
**Gráfico 24 - As mulheres notificadas forneceram dados que possibilitassem a busca ativa conforme base de dados do SINAN?**



Felizmente, a totalidade das gestantes notificadas neste sistema (SINAN) informou seu endereço de forma completa, o que viabiliza a busca-ativa pela equipe de saúde, sempre que se fizer necessário, tendo como foco principal a saúde da mãe e do bebê. Destas 22 mulheres que informaram o seu endereço, 20 residem na zona urbana (91%) e 2 residem na zona rural (9%).

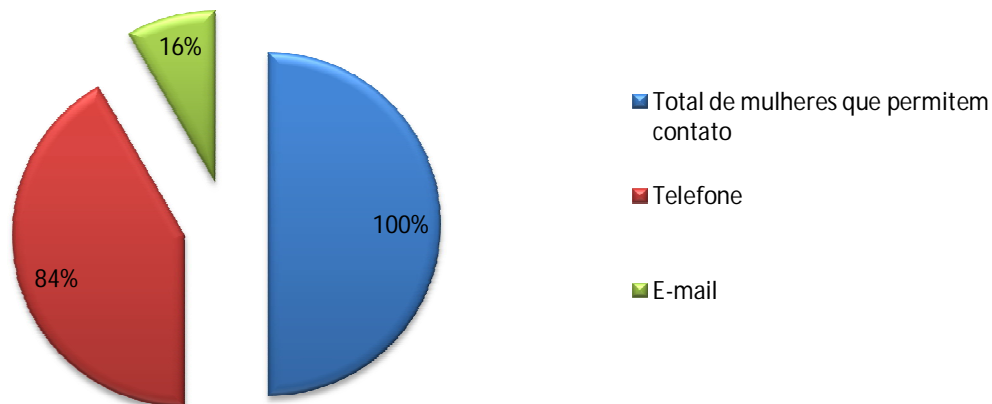
Podemos neste momento rememorar a “Função-educador como um operador estratégico e tático de afrontamento às estruturas de saberes-poderes, sedimentadas nos campos das experiências pedagógicas.” (FOUCAULT apud CARVALHO, 2010).

**Gráfico 25 - Mulheres cadastradas X Permite contato do serviço de Referência? De acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)**



A maioria das mulheres cadastradas (68%) não permite contato do serviço, evidenciando que, mesmo tendo todo o suporte e orientação necessária, as mulheres ainda tem receio de atitudes de terceiros, ou até mesmo de sua própria família.

**Gráfico 26 - Qual o meio de contato preferencial das mulheres que aceitam o contato, de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)?**



Além de termos poucas mulheres que permitem contato, a grande maioria delas permite o contato somente por telefone, visando sua privacidade e proteção, evidenciando que, mesmo com o passar do tempo, a doença, ou o status sorológico para o HIV ainda são motivo de tabus e preconceitos.



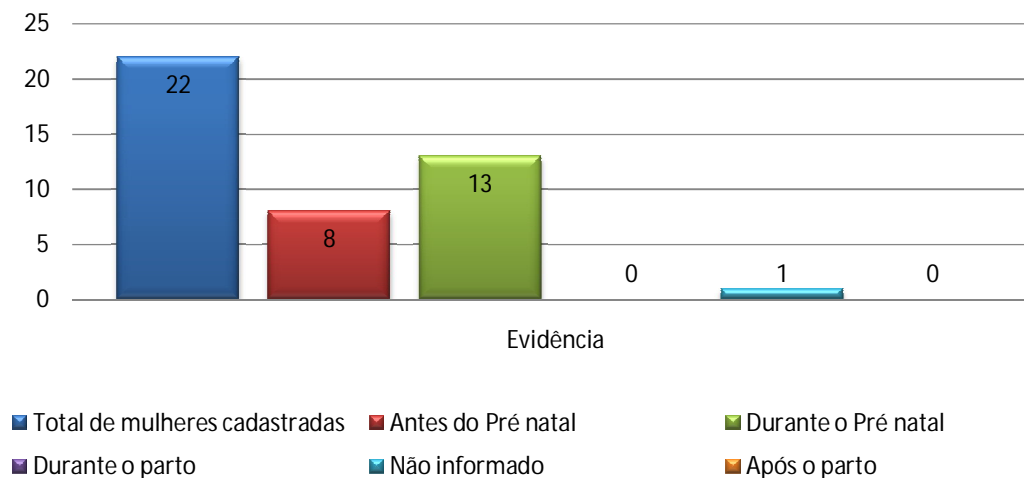
Neste momento, recorro dos escritos de Foucault (apud CARVALHO,2010), quando este relata que ... “o objetivo principal não é o de descobrir, mas o de recusar o que somos”...

5.3 PRÉ-NATAL: momento de acompanhamento da gestação, sorologia para HIV e início da terapia anti-retroviral.

Ao acompanharmos uma mulher durante o período gestacional, de acordo com os Protocolos do Ministério da Saúde, devem ser solicitados diversos exames de rotina, dentre eles, a sorologia para HIV.

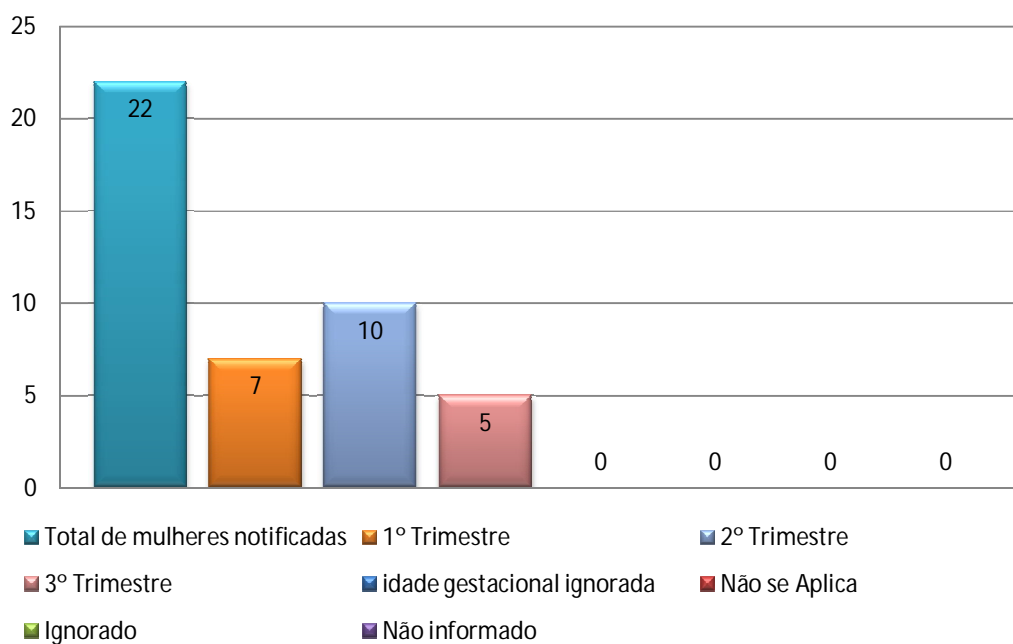
Atualmente, as unidades de saúde de quase todo o Brasil, dispõe de métodos práticos e rápidos para que sejam feitas as testagens, principalmente da gestante e de seu parceiro (caso seja necessário), agilizando assim, o fluxo das rotinas.

**Gráfico 27 - Evidência Laboratorial do HIV nas mulheres notificadas como Gestantes HIV +, conforme base de dados do SINAN.**



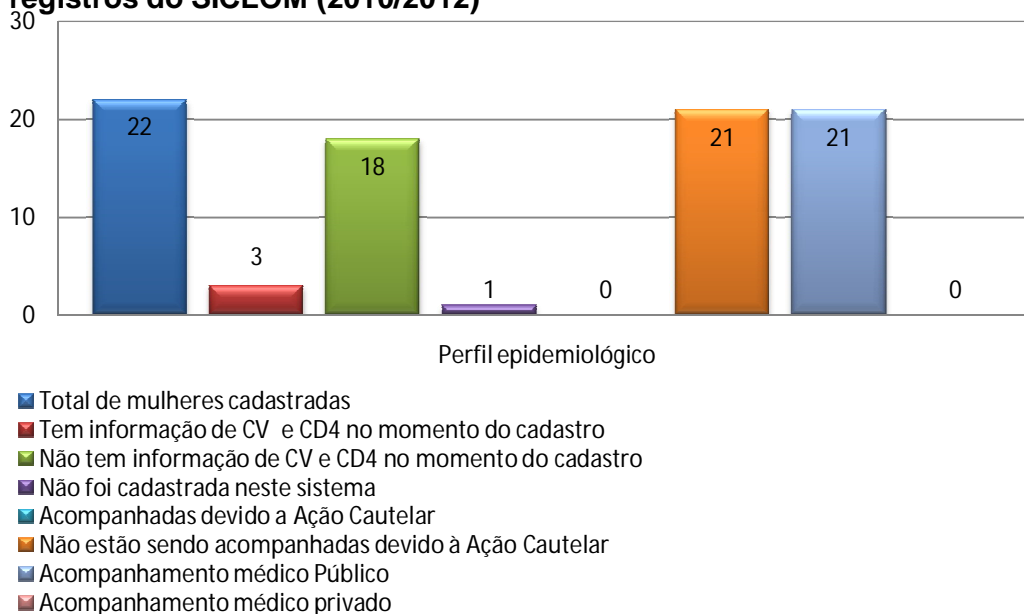
Cerca de 59% das gestantes notificadas entre 2010 e 2012 descobriram ser soro-positivas para HIV no momento da gestação, confirmando a eficácia da testagem no pré-natal como meio de prevenir a Transmissão Vertical do HIV, conforme prevê Brasil, 2013.

**Gráfico 28 - Idade Gestacional das mulheres no momento da notificação, conforme base de dados do SINAN**



De acordo com o total das notificações, pode-se perceber que em torno de 45% foram notificadas no Segundo Trimestre de Gestação e 20% no Terceiro Trimestre, o que gera preocupação dos profissionais de saúde, devido às intervenções a serem realizadas e as medidas profiláticas a serem adotadas o mais precocemente possível, evidenciando-se a TARV, que deve ser iniciada preferencialmente a partir da 14ª semana de gestação.

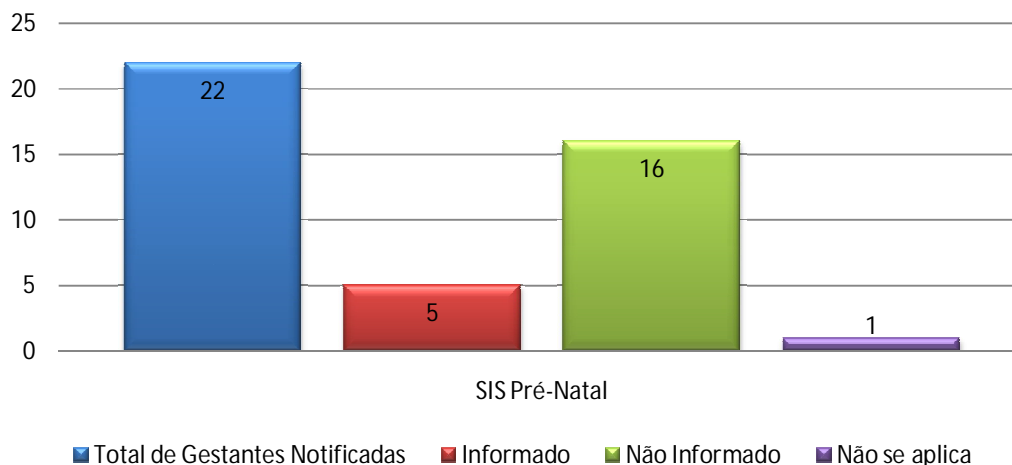
**Gráfico 29 - Perfil Epidemiológico de acordo com os registros do SICLOM (2010/2012)**



Ao analisarmos os dados epidemiológicos das mulheres cadastradas no SICLOM, podemos perceber de forma clara que na maioria das vezes (81%) o cadastro foi feito mesmo sem ter a informação de CV e CD4, o que pode ser consequência da idade gestacional da mulher no momento do cadastro/notificação, muitas vezes com mais de 14 semanas de gestação, onde por cautela, os médicos já prescrevem a medicação profilática e agendam os exames necessários para posteriori.

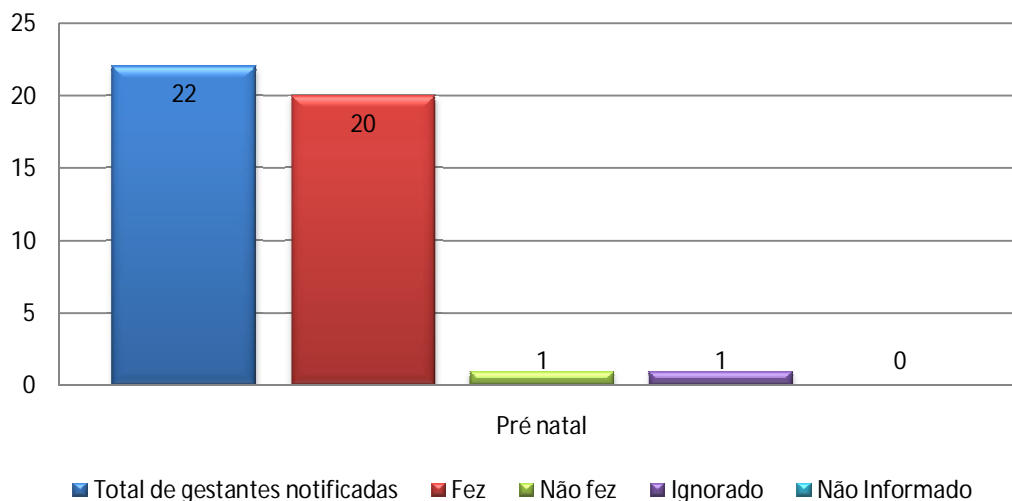
Nos chama a atenção também o fato de 95% das mulheres cadastradas terem o seu acompanhamento em um serviço público e sem a inferência de ação cautelar, o que torna o processo de acolhimento e vínculo muito mais tranquilo, tanto para os profissionais quanto para as pacientes.

**Gráfico 30 - As gestantes que fazem Pré-Natal na rede pública quanto ao número do SISPRENATAL conforme base de dados do SINAN.**



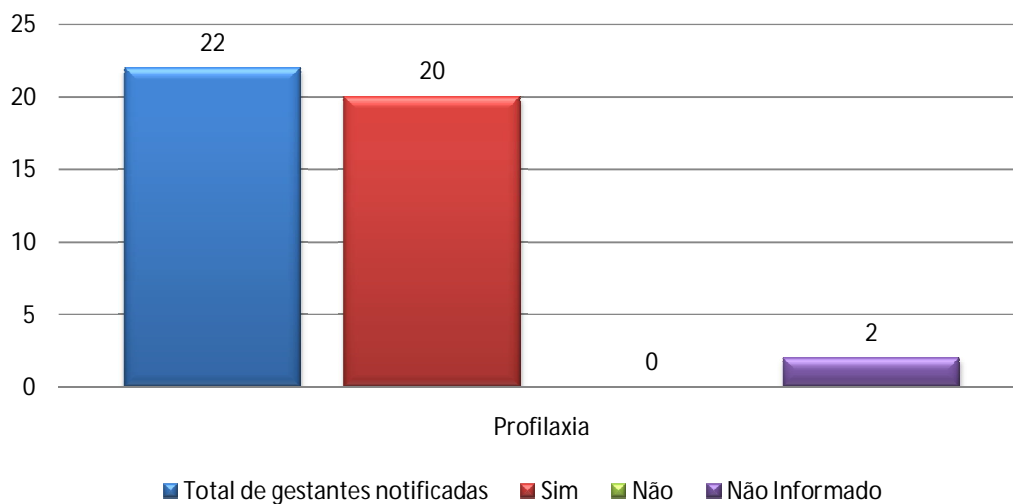
A grande maioria das gestantes (72%) não tem o número do SISPRENATAL informado, o que evidencia falha na comunicação entre “as redes” de atenção à saúde, apenas 22% tem o seu número informado e uma gestante fez o pré-natal na rede privada.

**Gráfico 31 - A mulher que foi notificada, fez seu Pré-Natal conforme base de dados do SINAN?**



Felizmente a grande maioria das mulheres notificadas (90%) realizou o pré-natal conforme preconiza o Ministério da Saúde (de 8 a mais consultas).

**Gráfico 32 - A mulher fez uso de profilaxia durante o pré-natal, conforme base de dados do SINAN?**

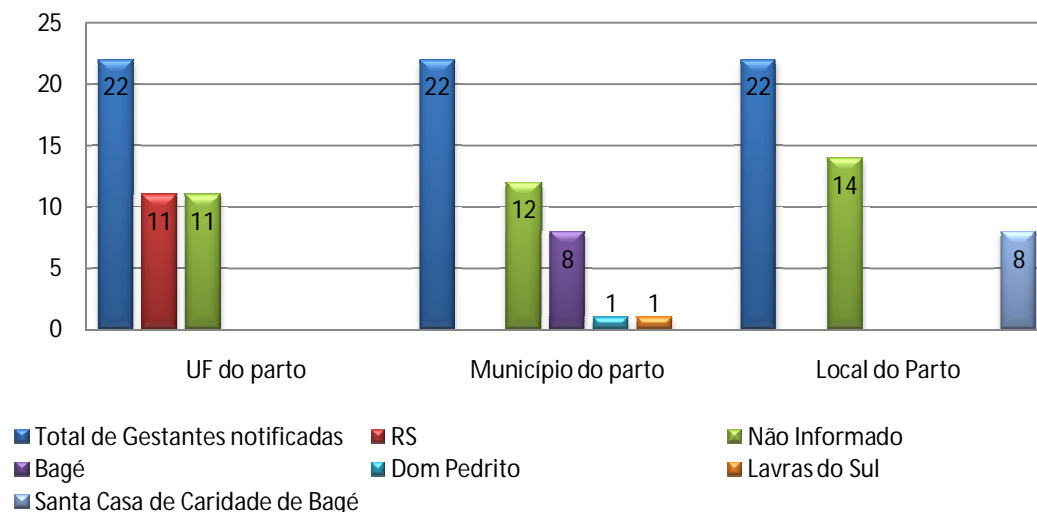


De acordo com o Protocolo vigente (2010), a profilaxia da gestante com sorologia positiva para HIV deve ser começada à partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação (ou seja, 3 meses e meio).

Com os dados que podemos analisar no Gráfico 32, cerca de 91% das gestantes notificadas ao SINAN fizeram uso da profilaxia no período pré-natal e apenas 9% destas gestantes não tem esta informação em sua ficha de notificação.

#### 5.4 VIVENCIANDO O PARTO: da maternidade à profilaxia intra-parto e evolução da gravidez em um local diferente do habitual

**Gráfico 33 - UF, município e local do parto das mulheres notificadas conforme base de dados do SINAN.**



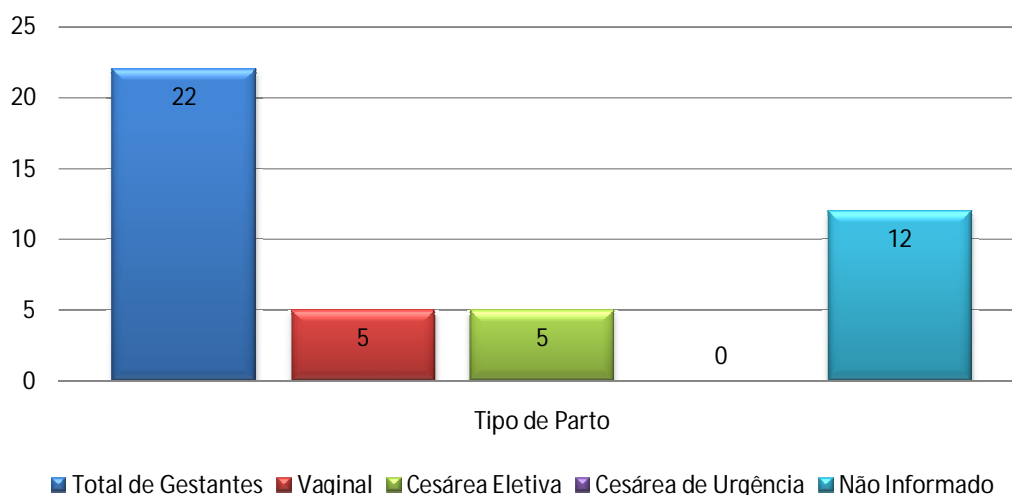
Do total de mulheres notificadas na 7ª CRS como Gestante HIV +, apenas 50% teve a UF de seu parto informada na ficha de investigação.

Quando se trata do município do parto, 54,5% das fichas não tem esta informação, enquanto 36,4% das mulheres tiveram seu parto na cidade de Bagé, 4,5% na cidade de Dom Pedrito e 4,5% na cidade de Lavras do Sul.

Já em relação ao local do parto, apenas 36,7% informaram ter sido na Santa Casa de Caridade de Bagé, os demais 63,3% não tem este dado informado em sua ficha de investigação.

Destes dados, infelizmente podemos perceber o sub-registro por parte dos profissionais que atuam nos serviços.

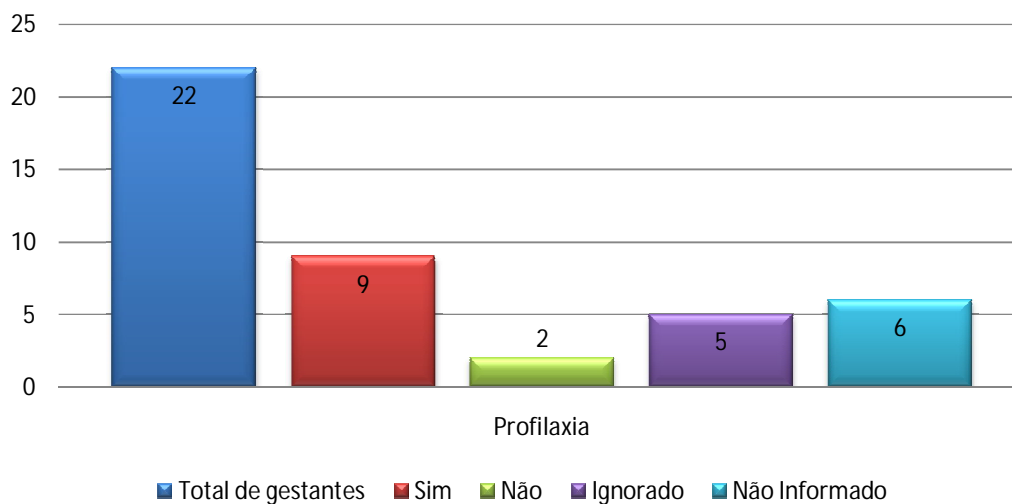
**Gráfico 34 - Tipo de parto das gestantes notificadas, conforme base de dados do SINAN.**



Do total de gestantes notificadas (22 – 100%), apenas 10 (ou seja, 50%) teve a via de parto informada na ficha de investigação do Ministério da Saúde, sendo que, 22,7% tiveram parto vaginal e 22,7% realizaram cesárea eletiva e as demais 54,6%, não tiveram a via de parto informada.

Mais uma vez evidencia-se o sub-registro das informações necessárias para que se possam traçar metas de educação em saúde nos municípios que são abrangidos pela CRS.

**Gráfico 35 - Uso de medicação profilática durante o parto, conforme base de dados do SINAN.**



De acordo com o Protocolo para atendimento de gestantes soro positivas para HIV, a profilaxia deve ser iniciada no mínimo 2h antes do parto, seja qual for a via de parto escolhida.

No entanto, nem sempre é possível realizar este procedimento, pois algumas vezes, as mulheres já chegam à Maternidade em período expulsivo, ou seja, o bebê já está nascendo.

Com os dados obtidos, pode-se observar que do total de gestantes (22), apenas 40,1% tem o registro da profilaxia na sua ficha de investigação. Cerca de 9% não realizou profilaxia. Em 22,7% o profissional ignora se a mulher fez profilaxia no parto, e em 27,3%, o dado não foi informado.

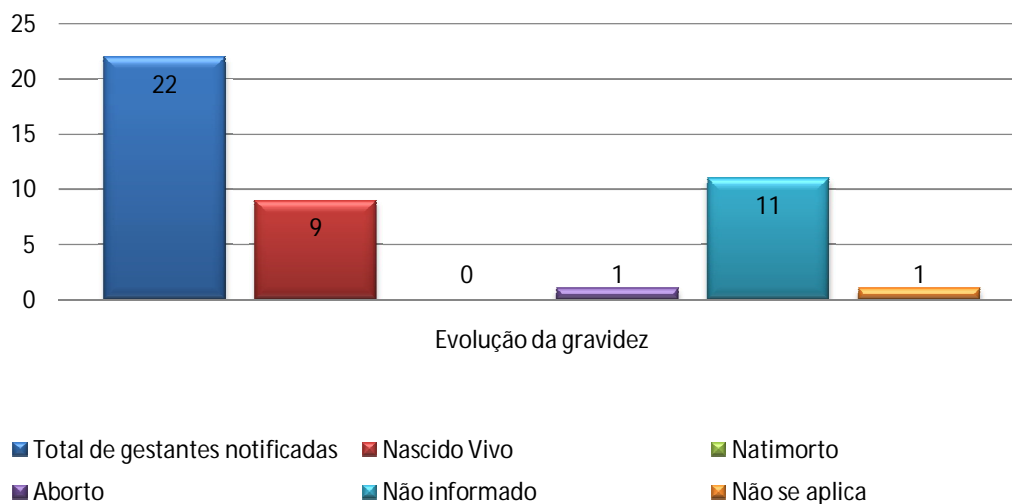


5.5 RECEBENDO O BEBÊ: evolução da gravidez e profilaxia nas primeiras horas de vida e inibição da lactação na parturiente, onde, nos demais casos se estimula o aleitamento materno (à procura de privacidade).

Durante o período gestacional, inúmeras são as possibilidades do feto de chegar ao fim da gestação, pode haver aborto espontâneo ou aborto provocado durante a gestação e após o parto, temos o bebê nascido vivo e o natimorto.

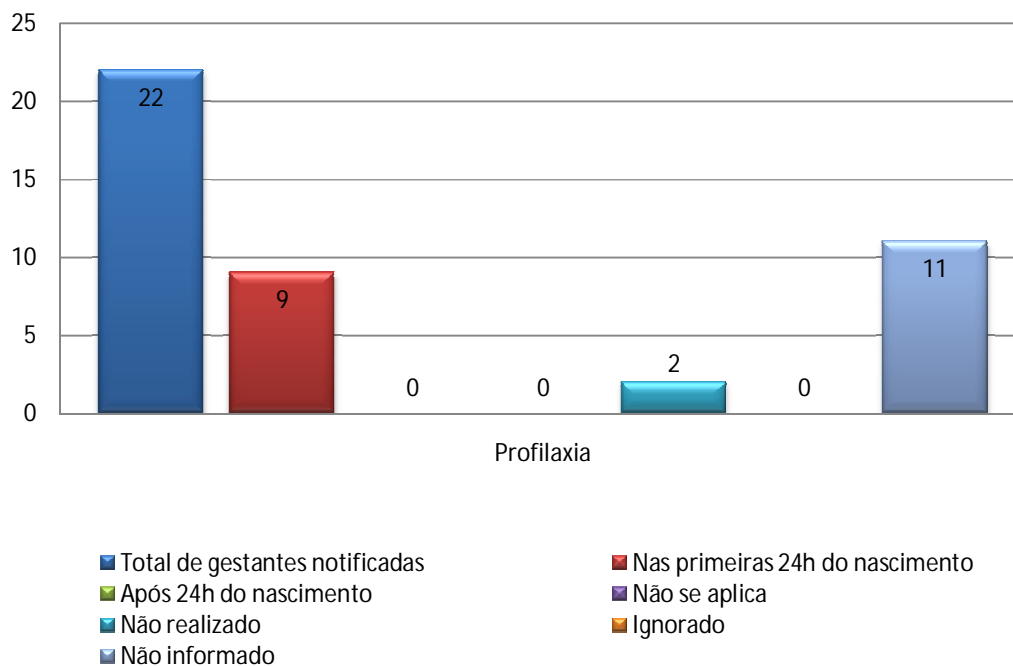
Sendo assim, para que possamos traçar objetivos e planejar metas, devemos saber como está o histórico da evolução da gravidez das mulheres da região.

**Gráfico 36 - Evolução da gravidez das gestantes notificadas, conforme base de dados do SINAN.**



Nota-se infelizmente um alto índice de sub-registro das informações, que em 50% dos dados a evolução da gravidez não foi informada, em 4,5% aconteceu aborto e em 4,5% o profissional notificador preencheu o campo como “não se aplica” e apenas em 41% das investigações o preenchimento foi com a informação de nascido vivo.

**Gráfico 37 - Informação sobre o início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas), conforme base de dados do SINAN.**



A profilaxia no bebê deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 24h após o nascimento, conforme o Protocolo vigente, no entanto, não são as informações que obtivemos com este estudo, onde 50% não tem informação acerca do uso do medicamento e 9% não usaram o medicamento nas primeiras 24h de vida.

## 5.6 PERFIL PROFISSIONAL DO INVESTIGADOR DO SINAN: compromisso e comprometimento ou imposição?

**Gráfico 38 - Função do Investigador, conforme base de dados do SINAN.**



De acordo com os dados do SINAN, cerca de 59% das notificações foram feitas por profissional enfermeiro e 41% não tem informação do profissional notificador.

## 6 TRATAMENTO DOS RESULTADOS: A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO

6.1 PERMEANDO OS DADOS OBJETIVOS COM AS SUBJETIVIDADES: descrição dos momentos das gestantes conforme observações dos prontuários

Após a coleta dos dados objetivos, passamos à etapa de estudo dos prontuários. Como local de busca pré definido contactamos a coordenação do Serviço de Referência em DST/AIDS e Hepatites Virais da cidade de Bagé (SAIS), que de forma cordial e solícita, por meio de sua Coordenadora, forneceu os prontuários de todas as gestantes e puérperas do período de 01 de janeiro de 2010 a 01 de janeiro de 2013, para que pudesse ser feita a análise dos mesmos.

Para que fosse ocultada a identidade das mulheres, conforme previsto nos aspectos éticos, optamos por usar codinomes de flores, para que a escrita fique focada, breve e leve.

Primeiramente, nos cabe ressaltar, que o SAIS de Bagé, tem os seguintes registros:

2010 – 5 flores (Gestantes HIV+).

2011 – 8 flores (Gestantes HIV+).

2012 – 16 flores (Gestantes HIV+).

No entanto, estas informações não conferem com os dados objetivos coletados nos sistemas (SINAN e SICLOM), nos quais, em cadastros e investigações temos o quantitativo de:

2010 – 2 flores (Gestantes HIV+);

2011 – 2 flores (Gestantes HIV+);

2012 – 12 flores (Gestantes HIV+);

Então, resolve-se pesquisar nos prontuários e coletar mais informações acerca destas mulheres (flores).

As duas flores do ano de 2010 descobriram seu status sorológico no momento da gestação, sendo que **Violeta** no momento da notificação tinha 24 anos e a **Rosa** 23. **Violeta** começou a TARV com 19 semanas de gestação e a **Rosa** com 14 semanas. Ambos os partos aconteceram no mesmo ano, sendo que um parto foi cesáreo e o outro vaginal. Ambas as crianças nasceram vivas e tem a sorologia

negativa para HIV no momento da alta do Serviço de Referência (2012), no entanto, seguem vinculadas ao serviço para acompanhamento de rotina.

Uma das flores que não foi notificada no SINAN nem houve cadastro no SICLOM, já sabia seu status sorológico positivo para o HIV, no entanto, não fez pré-natal, não usou profilaxia anti-retroviral e chegou na maternidade em período expulsivo (o bebê já estava nascendo) e não foi possível o uso da medicação intra-parto, mas recebeu inibidor de lactação e foram enfaixadas as mamas. O bebê nasceu vivo, usou AZT via oral e recebeu fórmula láctea no serviço de referência após interferência da Promotoria de Justiça.

Outra das flores que não foi notificada no SINAN já tinha diagnóstico de AIDS prévio e mora em Santana do Livramento, cidade que não pertence à 7ª CRS. A gestação foi interrompida por um aborto espontâneo. Não houve dispensa de medicação neste período.

A última flor deste ano – Angélica, que não foi notificada no SINAN teve seu cadastro no SICLOM no mês de julho de 2010 e seu parto aconteceu dez dias após. Orquídea não conhecia seu status sorológico, sendo descoberto na gestação. Reside na cidade de Dom Pedrito e está aos cuidados da equipe de saúde de sua cidade.

As três flores notificadas e cadastradas no ano de 2011 que tiveram seu atendimento no SAIS de Bagé usaram profilaxia durante o pré-natal e tiveram parto cesáreo. Duas flores descobriram o status sorológico reagente para HIV no momento da gestação (**Jasmin e Prímula**), sendo que **Cravo** já era soro positiva para HIV há alguns anos. Cravo é dependente química. As três crianças nasceram vivas e o status sorológico no momento da alta é negativo para HIV (2013), no entanto, seguem vinculadas ao serviço para acompanhamento de rotina.

Neste ano, tiveram seis flores que não foram notificadas ao SINAN, no entanto, cinco delas estavam cadastradas no SICLOM, sendo que, **Gardênia** foi cadastrada no ano de 2010; **Girassol** retirou sua medicação profilática do pré-natal na cidade de Caxias do Sul; **Lirio** teve seu cadastro no mês de janeiro de 2011 e seu parto no mês de abril do mesmo ano; **Margarida** já tinha cadastro, mas não constam dispensas; **Tulipa** foi cadastrada no mês de novembro de 2011 e seu parto foi no mês de dezembro do mesmo ano.

Chama-nos a atenção nestes dados, que **Gardênia**, cadastrada no ano de 2010, usou um mês de profilaxia específica para a gestação; **Girassol e Lírio** começaram sua profilaxia após descobrir seu status sorológico positivo para o HIV com mais de 30 semanas de gestação; **Acácia** não tem informação em prontuário, tampouco histórico de dispensa de medicação; **Palma** descobriu seu status sorológico positivo para HIV no momento do parto, sendo encaminhada após o diagnóstico para o serviço de referência.

Em relação ao ano de 2012, temos descrição de algumas particularidades dos prontuários de onze das flores notificadas.

**Alfazema** sabe ser soropositiva para o HIV desde 2002, com 22 anos; planejou sua gestação; teve um bebê natimorto antes da atual gestação; começou a TARV com 15 semanas; seu parto foi cesáreo; usou medicação intra-parto; inibiu a lactação; a criança recebeu fórmula láctea e teve alta com status sorológico negativo para HIV em maio de 2014.

**Camélia** sabe ser soropositiva para o HIV desde 2002, com 14 anos; começa TARV no primeiro trimestre de gestação; teve parto cesáreo; usou medicação intra-parto; inibiu a lactação; a criança recebeu fórmula láctea e teve alta com status sorológico negativo para HIV em julho de 2014.

**Hortênci**a sabe ser soropositiva para HIV na gestação, iniciando a TARV com 24 semanas, sendo que a primeira dispensa foi feita no mês de abril e a criança nasceu no mês de maio (demais informações não tivemos acesso, pois o prontuário da paciente completo pertence à cidade de Dom Pedrito).

**Petúnia** descobre ser soropositiva para o HIV no momento da gestação, em junho de 2012, e no mês de agosto do mesmo ano teve aborto espontâneo.

**Açucena** sabe ser soropositiva para o HIV desde o ano de 2006 e planejou sua gestação; fez troca de esquema ARV para uma provável gestação dois meses antes de começarem as tentativas; seu parto foi cesáreo; usou medicação no período intra-parto; inibiu a lactação; a criança nasceu viva, usou medicação via oral, retirou fórmula láctea e permanece em acompanhamento no serviço de referência.

**Lavanda** descobre ser soropositiva para o HIV no ano de 2012, durante a gestação; começa a TARV com 27 semanas de gestação; tem parto cesáreo; usa medicação intra-parto; inibe a lactação; a criança recebe medicação via oral além da fórmula láctea; teve alta do serviço de referência em agosto de 2014, com status

sorológico negativo para HIV, permanecendo vinculada ao serviço para acompanhamento de rotina.

**Alecrim** sabe ser soropositiva para o HIV desde o ano de 2003 e não planejou sua gestação, pensando fixamente em aborto. Inicia TARV com mais de 30 semanas e tem parto vaginal; recebeu medicação intra-parto e inibiu a lactação; a criança nasceu viva, recebeu AZT via oral além da fórmula láctea; mantém acompanhamento no serviço de referência.

**Anis** descobriu seu status sorológico para o HIV no pré-natal, com 8 semanas de gestação; iniciou a TARV com 16 semanas; seu parto foi cesáreo; recebeu medicação intra-parto; inibiu a lactação; a criança nasceu viva, recebeu AZT via oral e a mãe não aceitou receber a fórmula láctea. Mantém vínculo com o serviço para seu acompanhamento e da criança.

**Begônia** descobriu seu status sorológico para o HIV no pré-natal; começou TARV com mais de 30 semanas de gestação; teve parto cesáreo; usou medicação intra-parto; inibiu a lactação; a criança nasceu viva, usou AZT via oral além da fórmula láctea. Mantém vínculo com o serviço para seu acompanhamento e da criança.

**Copo-de-leite** descobriu seu status sorológico para o HIV no pré-natal, começou a TARV no primeiro trimestre da gestação na cidade de Caxias do Sul e veio ter seu bebê em Bagé; teve parto cesáreo; inibiu a lactação; a criança nasceu viva, usou AZT via oral além da Fórmula Láctea. Mantém vínculo com o serviço para seu acompanhamento e da criança.

**Éricas** descobriu seu status sorológico para o HIV no pré-natal, começou a TARV no primeiro segundo trimestre de gestação; teve parto cesáreo de gêmeos; inibiu a lactação; as crianças nasceram vivas, usaram AZT via oral além de receberem fórmula láctea. Mantém vínculo com o serviço para seu acompanhamento e das crianças.

Já no que se trata das quatro flores que não foram notificadas no SINAN, podemos relatar o que segue. **Flor-de-Lis** teve gestação no ano de 2010 com as mesmas características, ou seja, sem pré-natal, sem uso de profilaxia e com intervenção da Promotoria de Justiça. **Flor-de-Laranjeira** teve seu parto na cidade de Porto Alegre e não tem registro de dispensa de medicação. **Flor de Pessegueiro** teve seu parto na Maternidade São Luiz na cidade de São Paulo, tendo começado a

profilaxia da gestação com 24 semanas e após mudou-se com a família. Por fim, **Flor-do-campo** teve três dispensas de medicação e seu cadastro foi feito com 24 semanas de gestação, quando foi descoberto o status sorológico reagente para o HIV.



## 6.2 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A SEREM PROPOSTAS PARA AUXILIAR AS EQUIPES DE SAÚDE A CONTINUAR EVITANDO A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO

No Brasil, a notificação dos casos de infecção pelo HIV atualmente está implantada em alguns estados e municípios, por meio de legislações estaduais/municipais. A partir da publicação da nova portaria ministerial que atualiza a lista completa de agravos de notificação compulsória, prevista para o final de 2013, a notificação de casos de infecção pelo HIV se tornará obrigatória no nível nacional. Essa lista, pela primeira vez, incluirá a notificação universal da “infecção pelo HIV”, além das categorias já sob notificação compulsória, a saber: “aids” (adultos e crianças), “HIV em gestantes” e “crianças expostas ao HIV” (BRASIL, 2013).

Partindo do pressuposto que “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”, tão pautado por Paulo Freire e diante dos dados que foram analisados, podemos acreditar que o cotidiano dos profissionais deve ser revisto, as realidades devem ser levadas em consideração assim como as potencialidades de cada profissional, para que a informação seja qualificada e para que as rotinas sejam amenizadas, no intuito de tornar prazerosa e não penosa.

Pensar em educação em saúde, de maneira vertical não é uma das propostas, certamente. Realizar palestras, ler e revisar protocolos também não é a saída, devemos sim, “... diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a nossa fala seja a nossa prática, tal como profetiza Paulo Freire.

Para que pudéssemos trabalhar acerca deste tema, discutimos os resultados do estudo em equipe no SAIS de Bagé, e pensamos em algumas estratégias que nos aproxime dos demais profissionais da rede e também da população em geral.

Criamos um perfil em uma rede social, onde serão postadas diariamente informações acerca dos temas: HIV, AIDS, DSTs, Hepatites Virais, medidas de prevenção, meios de transmissão, atividades do serviço, dados importantes, dentre tantas outras informações, sendo imprescindível relatar que todos os componentes

da equipe tem acesso a senha, para que possa sentir-se ator no processo de educação da comunidade.

Como bem coloca Carvalho (2010), o educador ajuda a compor a conjuntura global de toda essa engrenagem, nunca alheio ou disjungido de todos os dispositivos escolares.

## 7 CONSIDERAÇÕES

Com este estudo, pode-se constatar que a testagem para o HIV no pré natal é uma estratégia que tem funcionado e que tem forte impacto na redução da transmissão vertical do HIV na região estudada, sendo perceptível que o diagnóstico no momento do pré-natal foi o único fator de proteção das mulheres associado ao uso de ARV, entretanto é importante considerar que uma parcela importante das mulheres não está coberta por estas rotinas, devendo-se incorporar rotina de testagem em mulheres que não se encontram gestantes nos serviços, devendo ser amplamente discutido, conforme a realidade de cada cidade, de cada região, de cada unidade de saúde.

Pôde-se caracterizar com os dados coletados os aspectos individual, escolar e sócio-demográfico da 7ª CRS. A maior incidência de gestantes HIV + está na faixa etária de 15 a 24 nos, tem no máximo o ensino médio completo, mora na zona urbana e não sente-se á vontade de permitir contato do Serviço de Referência.

Indo ao encontro das informações publicadas por Brasil (2013), este estudo evidencia uma sub-enumeração de casos no SINAN, pois apenas 63% das mulheres foram notificadas nos sistemas de informação, tornando iminente a necessidade de se aprimorar a capacidade de vigilância para a notificação e cadastro oportunos dos casos de AIDS, assim como de gestantes HIV +, nos sistemas de informação prepostos.

As práticas de saúde adotadas pelos serviços vão ao encontro ao Protocolo Vigente, no que se trata da administração da TARV a partir da 14ª semana de gestação, da escolha, sempre que possível da via de parto, a administração de medicamentos intra-parto, a inibição da lactação, o uso do ARV no bebê e o fornecimento de fórmula láctea.

As medidas educativas necessárias para qualificar o atendimento realizado na região de saúde estudada relacionam-se principalmente à qualidade das informações das ações de saúde (alimentação dos bancos de dados dos sistemas), além de estimular a população em geral para o conhecimento do pré-natal e das testagens para HIV.

Por fim, pode-se perceber que todos somos prisioneiros de certas concepções de nós mesmos e de nossa conduta. Devemos mudar nossa subjetividade, nossa relação conosco mesmo (FOUCAULT apud CARVALHO, 2010), devemos dar tempo ao tempo, ouvir os nossos sentimentos e pensamentos e parar de agir por impulsão ou por pressão, valorizar os momentos de discussão em equipe e a troca de conhecimentos com a comunidade atendida.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Liliam Mendes; NOGUEIRA, Lydia Tolstenko. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007. Brasília, v60 n 4 p. 396-399, jul./ago. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400007). Acesso em: Março/2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edição Revista e Ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011. 229.

BARROSO, Léa Maria Moura. Avaliação das ações de controle da Transmissão Vertical do HIV/AIDS entre puérperas atendidas em uma maternidade de Fortaleza – CE. **Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005**. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/1846>. Acesso em: Abril/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto\\_nascer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf). Acesso em: Dezembro/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS - Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008. Suplemento III – Tratamento e Prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html). Acesso em Jan/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. SICLOM CADASTRAMENTO. **Manual de Utilização do Menu Cadastramento**. Versão 2013. Disponível em: <https://siclom.aids.gov.br/informativo/manuais/cadastramento2013.pdf> . Acesso em: Jul/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.271, de 06 de junho de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/239/portaria\\_1271\\_de\\_06\\_06\\_2014\\_lista\\_dnc\\_pdf\\_41895.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/239/portaria_1271_de_06_06_2014_lista_dnc_pdf_41895.pdf) . Acesso em Ago/2014.

BRITO, Ana Maria de et al. Tendência da Transmissão Vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2006: 40(Supl):18:22. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/04.pdf) . Acesso em jan/2013.

CARVALHO, Alexandre Filordi de. **Foucault e a Função - Educador - Sujeição e Experiências de Subjetividades Ativas na Formação Humana**. 1ªed. Coleção Fronteiras da Educação. Unijuí, 2010. 160pg.

CAVALCANTE, Maria do Socorro et al. Prevenção da Transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev.Bras. Saúde Mater. Infant**, 2008. Recife, 8(4): 473-479, out/dez. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292008000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400013). Acesso em: Maio/2013.

CAVALCANTE, Maria do Socorro et al. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância de gestantes infectadas pelo HIV. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2005. Volume 14, nº2, abr/jun. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol14\\_n2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol14_n2.pdf). Acesso em: Dezembro/2012.

CECCIM, RICARDO BURG e FEUERWERKER, LAURA C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/Milena/Downloads/6%20QUADRILATERO%20sexto%20arquivo.pdf>

FERNANDES, Regina Célia de Souza Campos et al. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2005. Rio de Janeiro, 21(4):1153-1159, jul-ago. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400017). Acesso em: Maio/2013.

FLORES, Helen Rose Flores de. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Faculdade de Medicina e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre** [manuscrito]/ Helen Flores de Flores, Romilda Aparecida Teofano. – 2006. 51f.

FREIRE, Paulo, 1970. **Pedagogia do Oprimido**. 17<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo, 1921 - **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido** / Paulo Freire. – Notas: Ana Maria Araújo Freire. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

MACHADO, Carmem Lucia Bezerra; MANFROI, Waldomiro Carlos (org). **Caminho do Novo e as Resistências**. Porto Alegre: Itapuy, 2011. 196p.

ORTIGÃO, Maria Beatriz. Aids em crianças: considerações sobre a transmissão vertical. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11 n. 1. Março de 1995. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021) . Acesso em: Julho/2012.

RESOLUÇÃO CREMESP nº95, de 11/00, **Diário Oficial do Estado**, seção I, n 223, de 22/11/00 p.48. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CRMSP/resolucoes/2000/95\\_2000.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CRMSP/resolucoes/2000/95_2000.htm). Acesso em: Março/2013.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão Vertical do HIV em maternidades do Projeto “Nascer”, 2010. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000300008&lng=pt&nrm=iss](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000300008&lng=pt&nrm=iss). Acesso em: Junho/2012.

SILVA, Margareth Jamil Maluf et al. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. V 43 nº 1 p. 32-35, jan/fev, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822010000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000100008). Acesso em: Abril/2013.

TORRES, Sílvia Rosária e LUZ, Anna Maria Hecker. Gestante HIV + e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), 2007**. Dez; 28(4):505-11. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3111>. Acesso em: Junho/2012.

VAZ, Maria José Rodrigues. BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. **Rev latino-am enfermagem, 2000**. Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.41-46, abril. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12416.pdf>. Acesso em: Fevereiro/2013.

**APÊNDICE A****AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA**

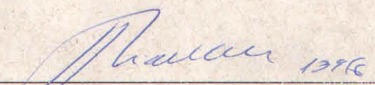
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE / MESTRADO  
PROFISSIONAL

**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA**

Eu, Terezinha Ricaldone, abaixo assinada, Coordenadora do Serviço de Atenção Integral a Sexualidade (SAIS), autorizo a realização do estudo "Avaliação das práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS" a ser conduzido pelas pesquisadoras: Enfermeira Milena Moreira Ferreira, orientada pela Professora Doutora Cármen Machado. Fui informada pelas mesmas sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e, para tanto, autoriza a utilização do banco de dados, SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), do Estado do Rio Grande do Sul referente à proposta do projeto. A presente pesquisa, por ocasião da divulgação dos seus resultados, garantirá o anonimato dos pacientes incluídos no banco de dados.

Bagé, 09 de agosto de 2013.

  
Assinatura e carimbo do responsável institucional



**APÊNDICE B****AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE / MESTRADO  
PROFISSIONAL

**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA**

Eu, Gilson Machado, abaixo assinado, Delegado de Saúde da 7ª CRS/RS, autorizo a realização do estudo "Avaliação das práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS" a ser conduzido pelas pesquisadoras: Enfermeira Milena Moreira Ferreira, orientada pela Professora Doutora Cármen Machado. Fui informado pelas mesmas sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e, para tanto, autorizo a utilização do banco de dados, SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), do Estado do Rio Grande do Sul referente à proposta do projeto, a ser demonstrado às pesquisadoras pela Sra. Cândida Britto. A presente pesquisa, por ocasião da divulgação dos seus resultados, garantirá o anonimato dos pacientes incluídos no banco de dados.

Bagé, 08 de outubro de 2013.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

**Deiane C. Machado**  
COORDENADORA REGIONAL  
DE SAÚDE ADJUNTA - 7ª CRS  
ID: 3548756-01

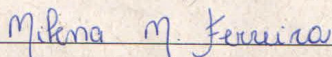
**APÊNDICE C****TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE / MESTRADO  
PROFISSIONAL

**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

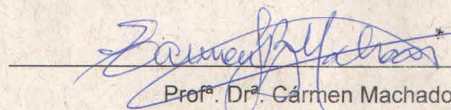
Eu, Milena Moreira Ferreira, orientada pela Professora Doutora Cármen Machado, abaixo assinadas, pesquisadoras envolvidas no projeto de título "Avaliação das práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS" nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados no SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e nos prontuários médicos, que se referem aos nomes ou a qualquer identificação dos pacientes, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a cadastros feitos entre as datas de julho de 2010 a julho de 2012.



Enf. Esp. Milena Moreira Ferreira

Pesquisadora – UFRGS



Prof.ª. Dr.ª. Cármen Machado

Orientadora da pesquisa

## APÊNDICE D

## TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

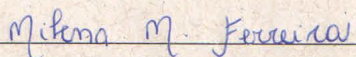



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE / MESTRADO  
PROFISSIONAL

## TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Milena Moreira Ferreira, orientada pela professora Cármen Machado, abaixo assinadas, pesquisadoras envolvidas no projeto de título "Avaliação das práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS" nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) que se referem aos nomes ou a quaisquer identificações dos pacientes, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a cadastros feitos entre as datas de julho de 2010 a julho de 2012.

  
Enf. Esp. Milena Moreira Ferreira  
Pesquisadora – UFRGS

  
Prof.ª Dr.ª Cármen Machado  
Orientadora da pesquisa

## ANEXO A

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO NO SINAN DE GESTANTE HIV POSITIVA

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **GESTANTE HIV +**

Nº

**Definição de caso:** Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação							
	GESTANTE HIV		Z 21									
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)							
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico						
	8	Nome do Paciente		9		Data de Nascimento						
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo	F - Feminino	12	Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade					10- Não se aplica					
Dados de Residência	16	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe						
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito					
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código					
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1				
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	27	CEP				
	28	(DDD) Itefone		29	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Penurbana 9 - Ignorado	30	Pais (se residente fora do Brasil)				
	<b>Dados Complementares do Caso</b>											
Ant. epid. mãe HIV	31	Ocupação		32		Evidência laboratorial do HIV:						
						1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto						
<b>Pré-Natal</b>												
Dados Pré-Natal	33	Fez/ Faz pré-natal		34	UF	35	Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)				
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado											
	36	Unidade de realização do pré-natal:						Código				
37	Nº da Gestante no SISPRENATAL		38		Uso de anti-retrovirais para profilaxia	39	Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia					
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
<b>Parto</b>												
Dados Parto	40	UF	41	Município do local do parto	Código (IBGE)							
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado											
	42	Local de realização do parto:				Código						
	43	Data do parto:		44	Tipo de parto							
					1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica							
45	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		46		Evolução da gravidez:							
1 - sim 2 - não 9 - ignorado				1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica								
47	Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):											
1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado												
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde							
	Nome		Função		Assinatura							
	Gestante HIV +		Sinan NEI		SVS 17/07/2006							

## ANEXO B

## FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PACIENTE NO SICLOM

## FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS

1 Número de Prontuário										2 CNS – Cartão Nacional de Saúde																			
3 Nome Completo do Usuário																													
4 Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável)																													
5 Cidade de Nascimento (Cidade / UF)										6 Data de Nascimento					7 Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino														
8 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada										9 CPF																			
10 Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável																													
11 Permite contato * [ 1 ] sim [ 2 ] não										12 Tipo de contato [ 1 ] Telefone [ 3 ] e-mail [ 5 ] Contato com terceiros [ 2 ] Correio [ 4 ] Visita Domiciliar [ 9 ] outros										_____ (assinatura)									
* Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato. Esclarecer ao usuário o que é Instrução Normativa No 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007																													
13 Endereço																													
14 Bairro										15 CEP																			
16 Cidade de Residência (Cidade / UF)										17 E-mail para contato																			
18 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular										19 Telefone para Contato (DDD + Número)																			
20 Observação																													
21 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular										22 Telefone para Contato (DDD + Número)																			
23 Observação																													
24 Escolaridade <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 12 e mais anos <input type="checkbox"/> Não informada <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos										Exames que motivaram o início da TARV 25 1º CD4 26 1ª Carga Viral																			
27 Ação Cautelar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					28 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado					29 Ano de início do Tratamento																			
<b>Pessoas Autorizadas a retirar o medicamento</b>																													
Nome Completo da pessoa autorizada 1																													
Nome Completo da pessoa autorizada 2																													
Nome Completo da pessoa autorizada 3																													
Responsável pelo Preenchimento										Usuário SUS																			
Data: ____/____/____										Data: ____/____/____																			
_____ (carimbo e assinatura)										_____ (assinatura)																			

### ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Os campos sombreados(hachurados) são de preenchimento obrigatório.
2. O local de cadastramento determina o local de retirada dos medicamentos pelo Usuário SUS. O Usuário não poderá, portanto, retirar medicamentos em outras unidades dispensadoras.
3. **ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Maio-2010

### DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.
- 02 - CNS – Cartão Nacional de Saúde:** Caso o usuário SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido automaticamente.
- 03 - Nome Completo do Usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 04 - Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável):** Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação. Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável legal.
- 05 - Cidade de Nascimento (cidade/UF):** Nome da cidade de nascimento e Unidade da Federação. Para os estrangeiros, informar neste campo o país de nascimento.
- 06 - Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento do Usuário SUS
- 07 - Sexo:** Marque com "X" sobre o sexo do Usuário SUS.
- 08 - Raça / Cor:** Pedir ao usuário que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida, isto é, o profissional deverá pedir ao usuário que ele relate sua própria cor dentre as categorias oferecidas.
- 09 - CPF:** Órgão Expedidor do documento e Unidade da Federação.
- 10 - Estado Civil:** Registrar a situação conjugal atual do usuário. A categoria casado é definida pelo registro civil. União estável é definida pelo fato de morar com o(a) parceiro(a). Por exemplo, se uma mulher é viúva e atualmente está em uma união estável com alguém, prevalece a situação atual – união estável.
- 11 - Permite contato:** O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não vier para buscar os medicamentos em determinado mês, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os profissionais da farmácia comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, a farmácia) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento. Para melhor esclarecimento consultar a INSTRUÇÃO NORMATIVA No 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007
- 12 - Tipo de contato:** Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas.
- Campo Assinatura:** A assinatura é obrigatória permitindo o contato ou não com o usuário.
- 13 - Endereço:** Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.
- 14 - Bairro:** Refere-se ao bairro de residência do usuário.
- 15 - CEP:** Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do usuário.
- 16 - Cidade de Residência:** Refere-se ao município, cidade de residência do usuário.
- 17 - E-mail:** E-mail de contato do usuário.
- 16 e 19 - Tipo do telefone:** Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.
- 19 e 22 - Telefone para contato (DDD + número):** Nº do telefone precedido sempre pelo nº do DDD.
- 20 e 23 Observação:** Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, nº do BIP etc.
- 24 - Escolaridade:** Registrar o número de anos de estudo concluídos pelo usuário, dentro das faixas disponíveis. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "12 a mais anos de estudo concluídos".
- 25 - 1º CD4:** Valor do CD4 em células/mm<sup>3</sup>, conforme cópia do exame que motivou o início da TARV.
- 26 - 1ª Carga Viral:** Valor da carga viral em cópias/ml, conforme cópia do exame que motivou o início da TARV.
- 27 - Ação Cautelar:** A ação cautelar é uma decisão emanada do Poder Judiciário determinando o fornecimento obrigatório dos medicamentos nela discriminados ao usuário que a moveu. As dispensas dos usuários com ação cautelar não gerará o impedimento de consenso.
- 27 - Acompanhamento Médico:** Para os Usuário SUSs atendidos na rede pública, marque um "X" em **pública**, para aqueles Usuário SUSs atendidos por médicos particulares, indique **privada**.
- 28 - Ano de início de Terapia:** Marcar em qual ano o usuário SUS começou a terapia com ARV.
- Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento:** O Usuário SUS, no ato do seu cadastramento, poderá indicar pessoas autorizadas a retirar medicamentos em seu nome, quando for necessário (no máximo 3 nomes).

**ANEXO C – PORTARIA 104/2011**

Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

**PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011**

*Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005).

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização



das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que, nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail ([notifica@saude.gov.br](mailto:notifica@saude.gov.br)) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS ([www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;

16. Febre Maculosa;

17. Febre Tifóide;

18. Hanseníase;

19. Hantavirose;

20. Hepatites Virais;

21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana -HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;

22. Influenza humana por novo subtipo;

23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);

24. Leishmaniose Tegumentar Americana;

25. Leishmaniose Visceral;

26. Leptospirose;

27. Malária;

28. Paralisia Flácida Aguda;

29. Peste;

30. Poliomielite;

31. Raiva Humana;

32. Rubéola;

33. Sarampo;

34. Sífilis Adquirida;

35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

## ANEXO II

### Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI

#### I - Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;
2. Carbúnculo ou Antraz;
3. Cólera;
4. Dengue nas seguintes situações:
  - Dengue com complicações (DCC),
  - Síndrome do Choque da Dengue (SCD),

- Febre Hemorrágica da Dengue (FHD),

- Óbito por Dengue

- Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;

5. Doença de Chagas Aguda;

6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Eqüinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;

7. Febre Amarela;

8. Febre do Nilo Ocidental;

9. Hantavirose;

10. Influenza humana por novo subtipo;

11. Peste;

12. Poliomielite;

13. Raiva Humana;

14. Sarampo;

15. Rubéola;

16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);

17. Variola;

18. Tularemia; e

19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).

II - Surto ou agregação de casos ou óbitos por:

1. Difteria;
2. Doença Meningocócica;
3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves;
4. Influenza Humana;
5. Meningites Virais;
6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:
  - a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta Portaria;
  - b. Doença de origem desconhecida;
  - c. Exposição a contaminantes químicos;
  - d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;
  - e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;
  - f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU.
  - g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;
  - h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento.



III - Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se entre outras classes de animais:

1. Primatas não humanos

2. Eqüinos

3. Aves

4. Morcegos

Raiva: Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes.

5. Canídeos

Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva. Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie *Leishmania chagasi*.

6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

### ANEXO III

Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas LNCS

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;

2. Acidente de trabalho com mutilações;

3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;

4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Pneumonias;
12. Rotavírus;
13. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita; e
14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

**Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**

**ANEXO D****PORTARIA 1.271/2014****PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

**CAPÍTULO I****DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema

Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

## CAPÍTULO II

### DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

**CAPÍTULO III  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade.

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, nº 18, Seção 1, do dia seguinte, p. 37.

ARTHUR CHIORO

ARTHUR CHIORO

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRADO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação				Semanal*
		IMEDIATA (≤ 24 horas) para				
		MS	SES	MS	MS	
1	a. Acidente de múltiplo com exposição a material biológico					X
2	b. Acidente de múltiplo, gás, tóxico e ou cáustico e radiocativo					X
3	Acidente de múltiplo potencialmente transmissor de sarampo					X
4	Bioterrorismo	X	X	X	X	
5	Colera	X	X	X	X	
6	Coronavírus	X	X	X	X	
7	a. Dengue - Casos					X
8	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	X	
9	Ebola e Zica	X	X	X	X	
10	Doença de Chagas Aguda		X	X	X	
11	a. Doença de Chagas Aguda (DCA)		X	X	X	
11	b. Doença de Chagas Aguda (DCA) - Hematúria		X	X	X	
12	a. Doença Meningocócica	X	X	X	X	
	b. Doença Meningocócica com suspeita de disseminação meningocócica	X	X	X	X	
	c. Doença Meningocócica com suspeita de disseminação meningocócica - Óbito	X	X	X	X	
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/emergentes:	X		X		
	a. Dengue					X
	b. Ebola					X
	c. Febre tifoide					X
	d. Leishmaniose visceral					X
	e. Febre tifoide brasileira					X
14	Doenças febris hemorrágicas emergentes/emergentes:					X
	a. Dengue					X
	b. Ebola					X
	c. Febre tifoide					X
	d. Leishmaniose visceral					X
	e. Febre tifoide brasileira					X
15	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitui ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta Portaria)	X	X	X	X	
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitui ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta Portaria) - Óbito	X	X	X	X	
17	Polio Atípica	X	X	X	X	
18	Polio Atípica	X	X	X	X	
19	Polio de Não Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	X	
20	Polio de Não Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública - Óbito	X	X	X	X	
21	Polio de Não Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública - Óbito	X	X	X	X	
22	Rubeola		X	X	X	
23	Rubeola		X	X	X	
24	Rubeola - Óbito		X	X	X	
25	Rubeola - Óbito		X	X	X	
26	Rubeola - Óbito		X	X	X	
27	Rubeola - Óbito		X	X	X	
28	Rubeola - Óbito		X	X	X	
29	Rubeola - Óbito		X	X	X	
30	Rubeola - Óbito		X	X	X	
31	Rubeola - Óbito		X	X	X	
32	Rubeola - Óbito		X	X	X	
33	Rubeola - Óbito		X	X	X	
34	Rubeola - Óbito		X	X	X	
35	Rubeola - Óbito		X	X	X	
36	Rubeola - Óbito		X	X	X	
37	Rubeola - Óbito		X	X	X	
38	Rubeola - Óbito		X	X	X	
39	Rubeola - Óbito		X	X	X	
40	Rubeola - Óbito		X	X	X	
41	Rubeola - Óbito		X	X	X	
42	Rubeola - Óbito		X	X	X	
43	Rubeola - Óbito		X	X	X	
44	Rubeola - Óbito		X	X	X	
45	Rubeola - Óbito		X	X	X	
46	Rubeola - Óbito		X	X	X	
47	Rubeola - Óbito		X	X	X	
48	Rubeola - Óbito		X	X	X	
49	Rubeola - Óbito		X	X	X	
50	Rubeola - Óbito		X	X	X	
51	Rubeola - Óbito		X	X	X	
52	Rubeola - Óbito		X	X	X	
53	Rubeola - Óbito		X	X	X	
54	Rubeola - Óbito		X	X	X	
55	Rubeola - Óbito		X	X	X	
56	Rubeola - Óbito		X	X	X	
57	Rubeola - Óbito		X	X	X	
58	Rubeola - Óbito		X	X	X	
59	Rubeola - Óbito		X	X	X	
60	Rubeola - Óbito		X	X	X	
61	Rubeola - Óbito		X	X	X	
62	Rubeola - Óbito		X	X	X	
63	Rubeola - Óbito		X	X	X	
64	Rubeola - Óbito		X	X	X	
65	Rubeola - Óbito		X	X	X	
66	Rubeola - Óbito		X	X	X	
67	Rubeola - Óbito		X	X	X	
68	Rubeola - Óbito		X	X	X	
69	Rubeola - Óbito		X	X	X	
70	Rubeola - Óbito		X	X	X	
71	Rubeola - Óbito		X	X	X	
72	Rubeola - Óbito		X	X	X	
73	Rubeola - Óbito		X	X	X	
74	Rubeola - Óbito		X	X	X	
75	Rubeola - Óbito		X	X	X	
76	Rubeola - Óbito		X	X	X	
77	Rubeola - Óbito		X	X	X	
78	Rubeola - Óbito		X	X	X	
79	Rubeola - Óbito		X	X	X	
80	Rubeola - Óbito		X	X	X	
81	Rubeola - Óbito		X	X	X	
82	Rubeola - Óbito		X	X	X	
83	Rubeola - Óbito		X	X	X	
84	Rubeola - Óbito		X	X	X	
85	Rubeola - Óbito		X	X	X	
86	Rubeola - Óbito		X	X	X	
87	Rubeola - Óbito		X	X	X	
88	Rubeola - Óbito		X	X	X	
89	Rubeola - Óbito		X	X	X	
90	Rubeola - Óbito		X	X	X	
91	Rubeola - Óbito		X	X	X	
92	Rubeola - Óbito		X	X	X	
93	Rubeola - Óbito		X	X	X	
94	Rubeola - Óbito		X	X	X	
95	Rubeola - Óbito		X	X	X	
96	Rubeola - Óbito		X	X	X	
97	Rubeola - Óbito		X	X	X	
98	Rubeola - Óbito		X	X	X	
99	Rubeola - Óbito		X	X	X	
100	Rubeola - Óbito		X	X	X	

39	Doenças Exantemáticas a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
40	Estomatite a. Adenovirus b. Coxsackievirus c. Fim. Herpes				X
41	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
42	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavirus a. SARS-CoV-2 b. MERS-CoV	X	X	X	
43	Tetania a. Crânial b. Neonatal			X	
44	Tuberculose				X
45	Violência - Caso grave infamado ou óbito		X	X	X
46	a. Violência doméstica e ou outras violências b. Violência sexual e feminicídio ou suicídio			X	X

\*Informação adicional:  
Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS-045.  
Legenda: MS (Ministério da Saúde); SE (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)  
A notificação imediata no Distrito Federal e equivalente a SMS.

**ANEXO E**  
**PARECER DO COMITÊ DE PESQUISA DE MEDICINA DA UFRGS (COMPESQ)**

Projetos

Página 1 de 1

**Sistema Pesquisa - Pesquisador: Carmen Lucia Bezerra Machado**

**Projeto Nº:** 25937**Título:** AVALIACAO DAS PRATICAS DE SAUDE PARA REDUCAO DA TRANSMISSAO VERTICAL DO HIV EM SERVICOS DE REFERENCIA PERTENCENTES A 7ª CRS/RS.

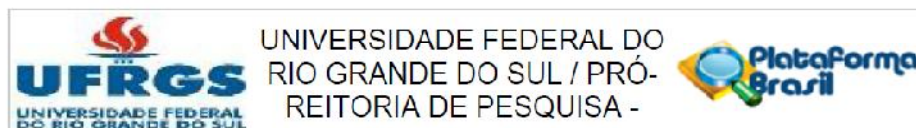
COMISSAO DE PESQUISA DE MEDICINA: Parecer

Justificativa do projeto: As autores justificam a necessidade de avaliar as condutas profiláticas para reduzir a transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS devido ao aumento progressivo dos casos de Síndrome de Imunodeficiência em mulheres e conseqüente aumento da transmissão vertical do HIV. Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa). Análise de dados de formulários de cadastro, fichas de notificação e investigação, prontuários das gestantes e puérperas soro positivas para o HIV, e análise dos documentos dos recém-nascidos no período compreendido entre junho de 2012 e junho de 2013. Fontes de Custeio: Despesas por conta dos pesquisadores. Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais). O estudo apresenta Termo de Compromisso de Utilização de Dados Coletados garantindo confidencialidade e sigilo em relação as informações de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional, FAMED. Termo de consentimento livre e esclarecido. Não se aplica. Data prevista para o início da pesquisa: início 18/11/2013. Duração total da pesquisa: previsão de conclusão em 31/07/2014. Local da pesquisa: Secretaria Estadual De Saúde( 7ª CRS) do Estado Do Rio Grande Do Sul, cidade de Bagé. Parecer final: Tema muito importante e atual. Metodologia e justificativa de acordo com os objetivos. É necessário passar pelo Comitê de ética da FAMED/UFRGS.

Desta forma, a Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina aprova o referido projeto.

## ANEXO F

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PERTENCENTES À 7ª

**Pesquisador:** Carmen Lucia Bezerra Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26040014.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 721.220

**Data da Relatoria:** 17/07/2014

##### **Apresentação do Projeto:**

É o segundo retorno de diligências. Todas as observações relatadas no parecer foram atendidas, e o projeto encontra-se em situação de ser aprovado.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Projeto tem como objetivo avaliar as condutas profiláticas adotadas para redução da transmissão vertical do HIV em serviços de referência pertencentes à 7ª CRS. O caminho teórico-metodológico compreenderá uma pesquisa de campo retrospectiva com análise quanti-qualitativa dos formulários de cadastro, fichas de notificação e investigação compulsória, além de prontuários das gestantes e puérperas soro positivas para o HIV.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequados

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevante

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatoria:**

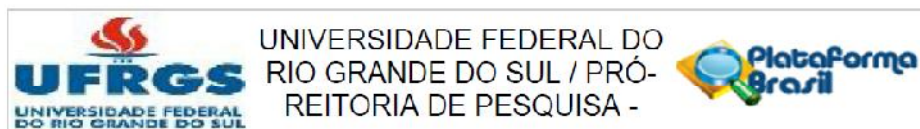
Adequados. Foi solicitada dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido.

##### **Recomendações:**

Projeto em condições de ser aprovado.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Beirrr:** Farroupilha **CEP:** 91 040-050  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308 3/38 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 721.220

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto em condições de ser aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 17 de Julho de 2014

---

Assinado por:  
José Artur Bogo Chies  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90 040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** ctica@propecq.ufrgs.br