

GALVANI ASCAR SAUAIA

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV: avaliação do processo e resultados da assistência a mães portadoras do vírus HIV e seus recém-nascidos

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Doutor Antonio Augusto Moura da Silva

São Luís
2011

Sauaia, Galvani Ascar

Transmissão vertical do vírus HIV: avaliação do processo e resultados da assistência a mães portadoras do HIV e seus recém-nascidos / Galvani Ascar Sauaia. – São Luís, 2011.

101 f.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Augusto Moura da Silva

Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, 2011.

1. HIV – transmissão vertical 2. Gravidez – Aids I. Título.

CDU 616.988 : 816.2

GALVANI ASCAR SAUAIA

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV: avaliação do processo e resultados da assistência a mães portadoras do vírus HIV e seus recém-nascidos

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Doutor Antonio Augusto Moura da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Profª Doutora Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Doutor Raimundo Antonio da Silva
Universidade Federal do Maranhão

Profª Doutora Vanda Maria Ferreira Simões
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Doutor Tarcísio Mota Coelho
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a todas as mulheres, muito especialmente àquelas discriminadas pela cor, pela condição social e àquela senhora mãe desconhecida e soropositiva que engravidou, que acompanhei e hoje tem aquele rapazinho de 13 anos, livre do HIV, ativo e feliz.

AGRADECIMENTOS

Aqui os meus agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas onde fui acolhido com dignidade e sem discriminação por ter uma formatura ligada às ciências médicas.

Aos funcionários do arquivo do Hospital Universitário Materno Infantil que, com muito carinho, me ajudaram na parte mais difícil da pesquisa, ou seja, na coleta dos dados.

Ao Professor Doutor Antônio Augusto Moura da Silva, pela amizade e orientação sem igual.

Ao meu irmão, Professor Mestre Bismarck Ascar Sauaia, pelos dias atarefados de maneira incansável nos cálculos e resultados.

Meus agradecimentos à Patrícia, pelas correções do meu português, às vezes carente de ajuda.

Meus maiores agradecimentos à minha doce e querida mãe, a mais perfeita das mulheres.

Meus agradecimentos a Chiquinha, Naíme e Sâmara minhas irmãs mais queridas.

Na certeza que o HIV fez emergir várias questões que envolvem não só a saúde e sim a família, os amigos, os vizinhos, a sociedade, os gestores e principalmente neste contexto a necessidade de intensificar a comunicação entre as pessoas, abolir o preconceito e a discriminação, é oportuno citar -um trecho do discurso de Herbert de Souza:

“Creio que podemos transformar a tragédia da Aids, da enfermidade e da doença num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna.”

LISTA DE SIGLAS

ACTG –	<i>Aids Clinical Trial Group</i>
ATP –	Antes do Trabalho de Parto
AZT –	Zidovudine
CCV –	Contagem de Carga Viral
CDC –	<i>Centers for Disease Control</i>
CF –	Constituição Federal
CSN –	Conselho Nacional de Saúde
DSTs –	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA –	<i>Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay</i>
ESF –	Estratégia Saúde da Família
EV –	Endovenoso
GRID –	<i>Gay Related Immunodeficiency Disease</i>
HIV –	<i>Human Immunodeficiency Vírus</i>
HRM –	<i>Human Resources Management</i>
HUPD –	Hospital Universitário Presidente Dutra
HUMI –	Hospital Universitário Materno-Infantil
IC –	Índice Cefálico
MBO –	<i>Management by Objectives</i>
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial da Saúde
PAISM –	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PAM –	Plano de Ação e Metas
PCR –	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PHPN –	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PS –	Perda de Seguimento
ONG –	Organização Não Governamental
OR –	Odds Ratio
RIPSA –	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM –	Razão de Mortalidade Materna

RN –	Recém-Nascido
SIH –	Sistema de Informações Hospitalares
SINASC –	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS –	Sistema Único de Saúde
SVS –	Secretária de Vigilância em Saúde
TARV –	Terapia antirretroviral
TQM –	<i>Total Quality Management</i>
TV –	Transmissão vertical
VO –	Via oral

RESUMO

Introdução: A transmissão vertical, sem sombra de dúvidas, é a mais importante fonte de infecção do HIV em crianças, sendo que o equivalente a 65% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito; os 35% restantes ocorrem intraútero e através do aleitamento materno. Atualmente, o percentual de TV do HIV, sem qualquer medida de prevenção, é de aproximadamente 20%. Contudo, estudos atuais publicados na literatura, mostram uma redução para taxas que variam de zero a 2% com a utilização de antirretrovirais durante todo o período gestatório e parto, operação cesariana eletiva, uso de AZT xarope para os recém-nascidos e a contra-indicação do aleitamento materno. **Objetivo:** Avaliar o processo assistencial prestado a gestantes infectadas pelo vírus HIV e seus recém-nascidos atendidos no Hospital Universitário, Unidade Materno Infantil, da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís - MA, a prevalência de transmissão vertical. **Método:** Estudo retrospectivo de 178 parturientes infectadas pelo vírus HIV, atendidas no HUMI/UFMA para assistência ao parto, no período de 2002 a 2008. **Resultados:** Dentre as parturientes, 40 (22,47%) realizaram teste rápido; 47 (26,40%), teste Elisa no pré-natal e as demais pacientes, 91 (51,12%), já tinham o diagnóstico antes de gestar. Quanto a TARV, 125 (70,22%) a utilizaram no pré-natal, sendo o uso exclusivo de AZT em 84 (67,20%) e 174 (97,0%) AZT no atendimento ao trabalho de parto. O restante, equivalente a 04 (2,25%), não fez qualquer medida profilática. Quanto à carga viral e CD4, apenas 18 (10,11%) realizaram o procedimento; 02 (11,11%) apresentaram carga viral inferior 1000 colônias e 18 (88,89%) apresentaram carga viral superior 1000 colônias. Sobre o percentual de gestantes em trabalho de parto, com ruptura das membranas das águas e inibição da lactação, foi obtido respectivamente 102 (57,30%), 23 (12,98%), 175 (98,31%), considerando o trabalho de parto e ruptura das membranas com mais de 4 horas 73 (71,57%), 19 (82,61%). Todos os RNs receberam AZT solução oral e nenhum deles foi amamentado. Para RNs com soroconversão e perda de seguimento, respectivamente, 11 (6,18%), 65 (36,62%). A soroconversão se fez presente em RNs de mulheres com duração do trabalho de parto acima de 4 horas e que realizaram teste de diagnóstico rápido 10 (90,91%). Quanto ao tipo de parto, Cesariana e Normal, apresentaram valores equitativos, em torno de 50% dos casos. **Conclusão:** O nível de assistência à gestante HIV positivo, em relação às metas do Projeto Nascer, nos sete anos desta avaliação, foi insatisfatório, onde os problemas de organização do serviço de saúde, somados à vulnerabilidade individual e social a que está submetida boa parte da população de mulheres portadoras do HIV, influenciou negativamente a execução das ações de controle da transmissão vertical do vírus na maternidade estudada.

Palavras-chave: HIV. Aids. Gravidez. Transmissão vertical.

ABSTRACT

Introduction: The vertical transmission is considered the main way of HIV infection in children. The equivalent to 65% of all cases occur during the labor and delivery, 35% remains occur in uterus and by breastfeeding. Nowadays, the rate of HIV vertical transmission is about 20%, however, lots of publications in literature shows a reduction for levels between zero and 2% with the introduction of antiretroviral therapy in pregnancy and delivery, elective cesarean section, AZT use for newborn and avoiding breastfeeding. **Objectives:** To evaluate the process of delivery assistance of the HIV-infected women and their newborns at the Maternity of the Hospital Universitário, Unidade Materno Infantil of the Universidade Federal do Maranhão in São Luís. The prevalence of vertical transmission and loss to follow or interruption of monitoring. **Method:** Retrospective study of 178 HIV-infected pregnant women, admitted in the HUMI UFMA for management of delivery from 2002 to 2008. **Results:** Among the HIV-infected women 40 (22.47%) had rapid HIV test, 47 (26.40%) Elisa test during prenatal assistance and the remains patients 91 (51.12%) had the diagnosis before pregnancy. About TARV, 125 (70.22%) had it during prenatal care, only AZT for 84 (67.20%) and, 174 (97.0%), the AZT during labor assistance or intrapartum. The remain equivalent to 04 (2.25%), did not receive any prophylactic care. About the serum Viral Load (VL) and CD4, just 18 (10.11%) did the procedure; 02 (11.11%) had VL below < 1000 copies and 18 (88.89%) had VL more than > 1000 copies/ml. About the percentage of women in labor, with amniorrexe and breastfeeding interruption was respectively 102 (57.30%); 23 (12.98); 175 (98.31%), considering the labor and the amniorrexe for more than 4 hours 73 (71.57%); 19 (82.61%). All newborns and neonates received AZT - oral solution and no one was breastfed. About HIV-positive newborns and the follow up loss respectively 11 (6.18%); 65 (36.62%). The serum conversion appeared among RNS of women with labor that lasted more than 4 hours and those who had rapid test for diagnosis during labor e, 10 (90.91%). In attention to the way of delivering, Normal or cesarean section the percentages were equivalents around 50%. **Conclusion:** The level of assistance of HIV-infected pregnant women according to the "Nascer Maternidade Project" guidelines was ineffective in 7 years at the Hospital Maternity under study. Due to lack of organization, individual and social vulnerability of most of these population of HIV-infected women, had a negative influence over the actions or prophylactic measures for the control of vertical transmission at the maternity under study.

Keywords: HIV. Aids. Pregnancy. Vertical transmission.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1	INTRODUÇÃO	12
----------	-------------------------	-----------

CAPÍTULO II

2	REVISÃO LITERÁRIA	18
----------	--------------------------------	-----------

2.1	O HIV: breve histórico	21
------------	-------------------------------------	-----------

2.2	Perfil epidemiológico do HIV	23
------------	---	-----------

2.3	Transmissão	24
------------	--------------------------	-----------

2.3.1	Compartimentalização	24
-------	----------------------------	----

2.3.2	Aleitamento materno	24
-------	---------------------------	----

2.3.3	Transmissão vertical	25
-------	----------------------------	----

2.3.3.1	<i>Estratégia para a prevenção da transmissão vertical do HIV</i>	26
---------	---	----

2.3.4	Transmissão perinatal infantil	29
-------	--------------------------------------	----

2.4	Diagnóstico	30
------------	--------------------------	-----------

2.4.1	Teste rápido	31
-------	--------------------	----

2.4.2	Ensaio Imunoenzimático (ELISA)	31
-------	--------------------------------------	----

2.4.3	Método de <i>Western Blot</i>	32
-------	-------------------------------------	----

2.4.4	Outros métodos	32
-------	----------------------	----

2.5	Tratamento	32
------------	-------------------------	-----------

2.5.1	Específico do HIV para o RN com administração do zidovudine	33
-------	---	----

2.5.2	Específico para gestante com contagem de CD4 > 200 células/mm ³ ..	33
-------	---	----

2.5.3	Específico para parturiente	34
-------	-----------------------------------	----

2.5.4	Inespecífico	34
-------	--------------------	----

2.6	Quimioprofilaxia	34
------------	-------------------------------	-----------

2.7	Recomendações	35
------------	----------------------------	-----------

2.7.1	Recomendações clínicas	35
-------	------------------------------	----

2.7.2	Recomendações obstétricas	38
-------	---------------------------------	----

CAPÍTULO III

3	AValiação	40
----------	------------------------	-----------

CAPÍTULO IV

4	PROBLEMATIZAÇÃO	45
4.1	O trabalho de parto na transmissão vertical	46
4.2	Justificativa do pesquisador	47
4.3	Importância da proteção social	50

CAPÍTULO V

5	OBJETIVOS	55
5.1	Objetivo geral	55
5.2	Objetivos específicos	55

CAPÍTULO VI

6	MATERIAL E MÉTODO	56
6.1	Pacientes e métodos	56
6.2	A realização da investigação	57
6.3	Seleção de pacientes	57
6.4	Coleta de dados	58
6.5	A seleção	58
6.6	Análise estatística	60

CAPÍTULO VII

7	RESULTADOS	61
----------	-------------------------	-----------

CAPÍTULO VIII

8	DISCUSSÃO	66
----------	------------------------	-----------

CAPÍTULO IX

9	CONCLUSÃO	79
----------	------------------------	-----------

CAPÍTULO X

10	RECOMENDAÇÕES	82
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	93
	ANEXOS	96

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

A saúde como um bem comum, necessária e tratada como um direito é, sob o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), um estado de completo bem estar físico e mental e não a mera ausência de doenças ou enfermidades, como pode ser observado em dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2006.

A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu art. 196, seção II, da saúde (Anexo A), enfatiza que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006a).

No Brasil, a saúde da mulher e da criança é reconhecida como prioridade há décadas. Entretanto, persiste a constatação de que ainda ocorre um número elevado de mortes de crianças e mulheres por complicações na gravidez e no parto. Diante da necessidade de melhorar o nível de assistência da população brasileira, priorizando-se a mulher, os órgãos ligados à saúde, principalmente o MS, foram estabelecidas as políticas e normas técnicas para a atenção à saúde como um todo, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e Estratégia a Saúde da Mulher (ESF). Esses programas têm objetivos de promover ações direcionadas à redução da morbimortalidade materna, à melhora dos resultados perinatais, tendo como pano de fundo a humanização do atendimento, fundamentado pelo MS (Brasil, 2003c), quando afirma que “[...] pensar sobre a mulher e sua saúde é pensar em uma nova sociedade, onde o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde seu nascimento.”

Maranhão (1990), em sua obra sobre o trabalho de assistência destinado à potencialização da saúde do binômio materno-fetal, demonstra um desafio especial, pois é neste período que ocorrem importantes modificações orgânicas e

emocionais, tornando a saúde da gestante mais vulnerável a agravos que podem ser evitados por meio de uma assistência voltada para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças pré-existentes e/ou incidentes nesse período.

Conforme demonstra Lacava (2006), em estudos realizados pela OMS, em 1990, aproximadamente 585 mil mulheres foram a óbito, vítimas de causas relacionadas à função reprodutiva, hipertensão, hemorragias, infecções puerperais e outras complicações do parto e aborto.

É considerada aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Dados oficiais da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), em relatos de 2007, estimaram que em 2001, no Brasil, ocorreram 70,91 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, e em 2005 a estimativa foi de 74,68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (RESENDE e MONTENEGRO, 2005).

Calcula-se que em torno de 98% das mortes de mulheres por causas maternas podem ser evitáveis. Essa cifra provavelmente ainda é uma estimativa conservadora, por conta da reconhecida subnotificação dos óbitos por causas maternas no país (RESENDE e MONTENEGRO, 2005).

No Brasil, o Painel de Indicadores do SUS (Sistema Único de Saúde) mostrou, em 2006, o aumento no número de gestantes brasileiras que não realizaram acompanhamento pré-natal, evidenciando-se diferença de 22,53%, do período de 2002/2004, conforme os dados divulgados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c).

Em outra instância, apesar desta ampliação na cobertura do pré-natal, a análise dos dados disponíveis demonstra comprometimento da qualidade do referido serviço, já que somente uma parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar a quantidade mínima de ações preconizadas por ele, conforme relatos do MS em 2005.

Para o PHPN, o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no último trimestre da gestação é importante para a avaliação do risco perinatal e de todas as intercorrências clínico-obstétricas próprias deste período, como trabalho de parto

premature, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, ruptura prematura das membranas e óbito fetal. “O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério” (BRASIL, 2005a). Porém, há trabalhos demonstrando que a redução no número tradicional de consultas de pré-natal não se associa a resultados adversos maternos ou perinatais, como pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, mortalidade materna ou baixo peso ao nascer e que o mais importante não é a quantidade de consultas, mas, sim, a qualidade da atenção pré-natal.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), no início da década de 90, a incidência de Aids entre mulheres cresceu de maneira assustadora, quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio.

O Ministério da Saúde recomenda a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, enfatizando claramente que é primordial a realização de pelo menos uma sorologia durante o período gestacional. Contudo, a repetição da sorologia para HIV, ao longo da gestação ou na admissão para parto, deverá ser considerada em situações de exposição constante ao risco de aquisição do vírus, ou quando a mulher se encontrar no período de janela imunológica (BRASIL, 2004a).

As recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral (TARV) em gestantes têm como principal objetivo a redução da transmissão vertical do vírus, sendo o pré-natal uma oportunidade para o diagnóstico da infecção nessas mulheres (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006d; MINKOF, 2003).

Carroli et al. (2001) afirmam que a soroconversão é muito maior na ausência da assistência.

A faixa etária mais afetada, com os maiores percentuais de casos de Aids em mulheres é a de 25 a 34 anos, o que levou ao aumento da transmissão vertical, pois são mulheres no menacme ou em plena idade reprodutiva. Atualmente, a quase totalidade de casos de Aids em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2003b).

A via de transmissão vertical do HIV, sem sombra de dúvidas, já está estabelecida, com evidências de que a maioria dos casos de transmissão ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito (BRASIL, 2003e), e que o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, de 7 a 22%. Desta forma, em virtude da contra-indicação do aleitamento materno, a CNDST/Aids recomenda o aleitamento artificial, com o fornecimento de fórmula láctea para a criança por 12 meses (BRASIL, 2004b). Se a criança for amamentada pela mãe HIV positiva, ela deve ser submetida à nova rotina diagnóstica, pois se considera que ocorreu nova exposição ao vírus. O HIV é excretado livre ou no interior de células no leite de mulheres infectadas, que podem apresentar ou não sintomas da doença. Cerca de 65% da transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito; os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas da gestação e por intermédio do aleitamento materno. A carga viral no leite materno é um importante determinante do risco de transmissão. No recém-nascido, a porta de entrada do vírus são as mucosas nasofaríngea e gastrintestinal. Durante o aleitamento materno, a transmissão do vírus pode ocorrer em qualquer fase, porém parece ser mais frequente nas primeiras semanas e, especialmente, nas infecções maternas mais recentes. A carga viral no colostro ou leite inicial é significativamente mais elevada que no leite maduro (JOEL et al., 2004).

A partir de 1994, com a publicação dos resultados do Protocolo Aids *Clinical Trial Group* (ACTG 076), os grandes centros começaram a estruturar uma intervenção eficaz e específica para a redução da transmissão vertical do HIV, com recomendações para o uso do AZT (Zidovudine) no binômio mãe e filho (CONNOR et al., 1994).

O clássico trabalho de Sperlig et al. (1996), nos Estados Unidos, já demonstrava que a transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção era em torno de 30% e poderia ser reduzida em 66%, pelo uso de Zidovudine (AZT) a partir da 14ª semana de gestação, no momento do parto, por via venosa, e no recém-nascido (RN) nas 6 primeiras semanas de vida, por via oral (Protocolo ACTG 076).

Wade et al. (1998) também foram enfáticos em pesquisas mostrando reduções da transmissão vertical do HIV com o Zidovudine por períodos mais curtos. A taxa de transmissão vertical seria de 6,1% a partir do pré-natal; só a partir do parto seria de 10,0%; de 9,3% se o uso fosse só do recém-nascido nas primeiras 48 horas

após o parto, aumentaria para 18,4% se o RN só recebesse o AZT a partir do terceiro dia de vida.

No Brasil, o Protocolo ACTG 076 é utilizado desde 1996, com destaque aos resultados percebidos em alguns locais e programas como: o Programa de Assistência Integral a Gestante com HIV da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com taxa de transmissão vertical de apenas 1,6% (NOGUEIRA et al., 2001).

Também Succi (1998) trabalhou com zero caso de transmissão vertical (TV) em um grupo de 111 crianças expostas, onde mães receberam terapia tripla.

Nunca é exagero mencionar os pesquisadores e seus esforços em avaliar protocolos alternativos ao ACTG 076, tendo por base o uso de AZT. O uso de Nevirapina em dose única para a gestante e o recém-nascido, o uso de Zidovudine com a Lamivudine para a gestante e outras associações entre protocolos têm sido avaliados. Cooper et al. (2002) estudaram 1.542 gestantes soropositivas para HIV e constataram menor taxa de transmissão vertical do HIV com o uso de terapia antirretroviral, incluindo inibidor de protease (1,2%).

Embora haja, no Brasil, disponibilidade de testes e medicação profilática, uma parcela das crianças, mais especificamente os recém-nascidos, continuam a ser infectados. Fato que só comprova que muitas mulheres, em algumas regiões, chegam às maternidades sem perfil sorológico conhecido no pré-natal. A cobertura do teste para a infecção pelo HIV durante o pré-natal está abaixo de 40% (BRASIL, 2004b). Isto quer dizer que, para uma grande parcela das mulheres soropositivas para HIV, a única oportunidade de terem acesso ao aconselhamento, ao teste para a pesquisa do HIV e ao tratamento quimioprofilático da transmissão vertical é por ocasião da internação para o parto.

Segundo Guerra et al. (2002), apesar de não ser no trabalho de parto o momento ideal, não se deve negar à mulher a oportunidade de ter acesso ao diagnóstico e de fornecer o tratamento adequado ao recém-nascido, já que temos a medicação disponível, que pode reduzir significativamente a possibilidade do RN se infectar pelo HIV.

Uma das mais importantes estratégias com o intuito de ampliar o acesso das gestantes ao diagnóstico da infecção pelo HIV foi o Projeto “Nascer Maternidade”, lançado pelo Ministério da Saúde, cuja ação principal é o aconselhamento e testagem rápida para HIV nas parturientes que não foram

avaliadas durante o pré-natal, ou seja, a busca da segurança assistencial adequada para a mãe portadora do vírus do HIV, com dever maior de promover o nascimento de um produto que apesar de exposto, seja soronegativo.

CAPÍTULO II

2 REVISÃO LITERÁRIA

A Aids é causada pela ação de um retrovírus, denominado *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), da subfamília *Lentivirinae* que necessita, para multiplicar-se, de uma enzima chamada transcriptase reversa, responsável pela transformação do RNA viral para uma cópia DNA, que pode então se integrar ao genoma do hospedeiro (OLIVEIRA e MARGOTTO, 2004).

O HIV tem tropismo pelos linfócitos T4 e monócitos. A produção é contínua e perene e as células infectadas vão sendo depletadas (CD4). Os linfócitos sofrem com mais intensidade a ação lítica (efeito citopático direto) do vírus e, assim sendo, o seu número tende a diminuir na circulação. Como estas células possuem papel fundamental na regulação da resposta imune, compreendem-se as profundas alterações imunológicas que ocorrem na Aids. O agravante é que o RN é mais frágil por estar montando o seu sistema imune, tem o maior número de células, porém estas não têm uma boa função, têm menores condições de ter uma resposta imune de defesa ao HIV e também maior oferta de células para a infecção pelo HIV. RNs contaminados no período intrauterino correm um sério risco de ter as células tímicas infectadas pelo HIV, o que vai provocar maturação anormal dos timócitos, a degeneração de células epiteliais ou maturação, ou ativação anormal da população do timo e também apoptose. Com isso, é possível que o HIV utilize esta célula disparando este gene ou desreprimindo o gene, favorecendo a morte do timócito e do próprio linfócito.

Com a progressão do quadro infeccioso, existe inversão da relação T₄/T₈ (linfócitos T – auxiliares / Linfócito T – supressores) por destruição de células T₄ e aumento de células T₈.

Em relação à epidemiologia, Oliveira e Margotto (2004), relacionam que não há diferença quanto ao sexo, idade gestacional, peso, estatura e perímetro cefálico nas crianças que desenvolveram infecção pelo HIV; o período de incubação médio é de 1 a 2 anos, a partir do nascimento; muitas crianças podem ser infectadas

in utero e o tempo médio de incubação da Aids adquirida por transfusões sanguíneas é de três a quatro anos.

O momento de transmissão do HIV para o feto é variado. Evidências de estudos em placenta e tecidos fetais indicam que a transmissão pode ocorrer no útero ou intraparto. A presença do vírus ou antígeno no cordão sugere que a infecção ocorreu previamente, pois a duração do trabalho de parto não é suficiente para detecção da replicação viral. Por outro lado, se o vírus não é detectado no cordão, mas é encontrado posteriormente no período pós-natal, isto pode indicar que a transmissão tenha ocorrido devido à contaminação com o sangue e secreções maternas durante o parto.

A transmissão intraparto é responsável por mais de 50% das infecções perinatais. O primeiro gêmeo tem maior risco para infecção, provavelmente pelo maior tempo que fica no canal de parto, pela maior frequência de exposição a procedimentos, pela maior exposição da mucosa à infecção ascendente.

Embora controverso, o nascimento por cesariana diminui em 50% o risco de transmissão vertical; associando o zidovudine à cesariana eletiva (antes do início do trabalho de parto), o risco de transmissão cai para 2,5%. As complicações decorrentes da cesariana ocorrem com maior frequência nas mães com contagem de CD4 < 200/mm³ (BRASIL, 2006e).

A primípara transmite o HIV ao seu filho com maior frequência, devido ser mais demorado o trabalho de parto nestas gestantes, sendo o efeito da primiparidade menos pronunciado em combinação com a cesariana eletiva.

As membranas fetais intactas podem desempenhar papel protetor, diminuindo o risco de transmissão vertical; a ruptura de membranas 4 horas ou mais antes do nascimento aumenta significativamente o risco de transmissão (2 vezes mais, principalmente nas gestantes com baixos níveis de CD4, abaixo de 20%), devendo ser evitado a ruptura artificial de membranas nas mulheres HIV positivas no parto; o papel da cesariana na diminuição da transmissão nestes casos não tem sido avaliado, parecendo haver evidência que quando a ruptura de membranas ocorre dentro da primeira hora, a cesariana é efetiva.

A gestante infectada pelo HIV apresenta significativo risco para o nascimento de RN com baixo peso OR: 1,45; IC a 95%: 1,14-1,86 e RN pré-termo (OR: 1,32; IC a 95%: 1,04-1,70).

Para Ruocco (2001), muitos trabalhos que se referem à TV do HIV, apontam como maior risco de contaminação fetal a exposição ao vírus no trabalho de parto e parto propriamente dito, apesar do desconhecimento exato do seu mecanismo. Este mesmo autor também comenta que muitos fatores têm sido considerados em avaliações, destacando-se a via de parto e que, no final do século passado (anos noventa), as pesquisas relataram dados estatísticos envolvendo mais de 7800 pares de mães-crianças, apontando para uma relação significativa entre a via de parto e a TV do HIV. Destaca ainda que evidências, principalmente antes do uso de antirretrovirais muito mais ativos e sem exames de carga viral materna, mostravam que a cesariana eletiva comparada ao parto normal (PN) e cesariana de urgência reduzia a probabilidade da TV desse vírus. Esta redução também foi observada em mulheres, fazendo uso ou não de zidovudine (AZT), submetidas à cesárea eletiva. É sabido que na ausência de tratamento antirretroviral, o risco da TV é de aproximadamente 25% e que com o AZT o risco é reduzido para 5-8%. O uso de AZT com a cesárea eletiva baixa este risco para aproximadamente 2% e um percentual semelhante (2%) também é observado naquelas mulheres com carga viral inferior a 1000 cópias/ml, mesmo quando a cesariana eletiva não é prática sistemática.

Até o momento, nenhuma combinação de terapias garante que o RN não seja infectado. Mesmo com o advento de novos tratamentos, não se comprovou que a cesárea eletiva reduz a TV das grávidas com carga viral indetectável. Não há dados também suficientes para se estabelecer definitivamente quanto tempo após o início do trabalho de parto, ou da rotura das membranas, se perderia o benefício da redução (RUOCCO, 2001).

A rotura das membranas ovulares em grávidas HIV positivo tem sido assunto de extensa avaliação por estudiosos, publicados na literatura internacional. Minkoff et al. (1995), de janeiro de 1986 a janeiro de 1991, nos Estados Unidos, estudaram 127 parturientes portadoras do vírus HIV, com rotura prematura de membranas ovulares, demonstraram a ocorrência de maior percentual de transmissão de acordo com o tempo de rotura e o nascimento. Este autor observou que quando o tempo de bolsa rota era menor que 4 horas, a taxa observada foi de 18,9% e de 11,8%. Se o tempo decorrido entre a ruptura das membranas e o parto era entre 4 e 8 horas, a taxa se elevava significativamente para 26,1% e 50%,

enquanto que se o tempo era maior que 8 horas, as taxas permaneciam inalteradas (entre 20% e 54,5%).

Outros estudos, como o Colaborativo Europeu e o de Coorte Francês, analisados por Mandelbrot et al. (1996), realizados entre os anos de 1985 e 1993, com um total de 1632 mulheres, concluíram que em 26,9% ocorreu a rotura de membranas. A taxa de transmissão com bolsa rota foi de 23,8% comparado a 17,8% sem a rotura de membranas. O percentual de transmissão vertical também foi mais alto quando o tempo de bolsa rota foi maior que 12 horas. É válido lembrar que, nestes estudos, a terapêutica antirretroviral não foi aplicada, demonstrando a transmissão vertical "natural" do HIV.

Popek et al. (1997) estudaram a bolsa rota associada à corioamnionite como fator de aumento da taxa de transmissão. Quando a ocorrência da bolsa rota era menor que 4 horas, na presença ou não de corioamnionite, a transmissão foi de 6%; quando o tempo decorrido entre a rotura e o parto era maior que 4 horas, mas sem corioamnionite, era de 5%, porém existindo corioamnionite com tempo maior que 4 horas, a taxa era tão alta que chegou a percentuais de 38%.

2.1 O HIV: breve histórico

A epidemia de Aids teve seu início documentado em 1981, com os primeiros casos relatados na literatura médica. Sabe-se, no entanto, que o vírus HIV já afetava as populações há duas décadas. Nos anos 60 e 70 do século passado, diversos foram os casos de mortes mal esclarecidas na Europa, Ásia e nos Estados Unidos, só elucidados mais recentemente, atribuídos à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida humana (GUERRA et al., 2002).

Em 1981, o *Centers for Disease Control* (CDC), responsável pela vigilância epidemiológica nos Estados Unidos, divulgou vários casos de pneumonia rara por *Pneumocystis carinii* e de Sarcoma de Kaposi em comunidades de homossexuais masculinos em New York e Los Angeles. Mais tarde, no mesmo ano, “[...] o CDC classificou a causa dessas epidemias como uma síndrome decorrente de um estado adquirido de imunodeficiência e uma lei federal foi aprovada obrigando a notificação de casos dessa nova doença aos órgãos competentes.” Com o crescimento das populações infectadas e o surgimento de vários outros relatos, a

comunidade médica apressou-se em divulgar informações sobre as doenças, então denominada “Gay Related Immunodeficiency Disease” (GRID) ou “Doença de imunodeficiência relacionada ao Gay”. A imprensa da época, devido aos rumores sobre uma doença fatal que afetava apenas os homossexuais, chamou a Aids de “câncer gay” (GUERRA et al., 2002).

Ainda em 1981, os pesquisadores do CDC investigaram o comportamento e o estilo de vida daqueles afetados pela doença e de seus parceiros. Estudando comunidades de homens homossexuais em locais com maior número de casos relatados (Los Angeles, New York, San Francisco), chegou-se à conclusão de que se tratava de uma doença infecciosa e de transmissão sexual (GUERRA et al., 2002).

Usuários de drogas intravenosas e heterossexuais com história recente de transfusão sanguínea também apresentavam os sintomas da Aids. Embora em número menor que os casos relatados em homossexuais masculinos, não havia como negar a possibilidade da transmissão da doença por sangue e hemoderivados contaminados. Além disso, foi constatada uma grande similaridade entre grupos com hepatite B e grupos com a síndrome de imunodeficiência, confirmando mais ainda a hipótese de transmissão parenteral. Por fim, o aparecimento de relatos de casos de crianças, filhas de usuárias de drogas intravenosas, evidenciou também a possibilidade da transmissão perinatal (GUERRA et al., 2002).

Essa noção de grupos de risco, utilizada inicialmente para facilitar o estudo da epidemia, teve consequências sociais desastrosas. Devido à associação da doença com grupos sociais marginalizados, como usuários de drogas intravenosas e homossexuais masculinos, havia uma justificativa para o aumento da discriminação contra essas populações. Somado a isso, “[...] aqueles que não se identificaram com os grupos mais afetados pela epidemia, subestimaram o real risco de se infectarem com o vírus HIV” (GUERRA et al., 2002). No final dos anos 80, a OMS publicou uma nova classificação epidemiológica para a Aids, baseada nos padrões de distribuição dos casos.

- Tipo I: de surgimento precoce, caráter de transmissão homossexual ou bissexual e relacionado ao uso de drogas, encontrado nos Estados Unidos, Europa Ocidental, África do Sul e Oceania.

- Tipo II: também encontrado desde o início da pandemia em países da África Subsaariana e do Caribe, de transmissão predominantemente heterossexual.
- Tipo III: em países aonde a Aids chegou tardiamente como Ásia, América Latina, leste Europeu, nordeste da África e regiões do Oriente Médio e Oceania. Apresentou um padrão inicial semelhante ao tipo I, mas rapidamente evoluiu para o tipo II.

Com o passar dos anos, percebeu-se que esses padrões não permaneciam inalterados. Na maioria dos países, a doença apresentava uma tendência de generalizar-se a toda a população. Além disso, vários países que não se identificaram com essa classificação, tratavam com menos importância a aplicação de normas para prevenir a expansão da epidemia. “Todos esses fatores levaram a própria Organização Mundial de Saúde a desaconselhar o uso da tipologia que criara” (GUERRA et al., 2002).

2.2 Perfil epidemiológico do HIV

O perfil da epidemia de Aids no Brasil vem passando por marcantes mudanças desde a década de oitenta. Em 1985, a participação feminina era resumida a uma proporção de 24 homens infectados para cada mulher com o vírus HIV (BRASIL, 2004c). Lentamente, a incidência de Aids em mulheres vem se destacando e, em 2003, já haviam sido notificados 12.698 casos, com uma taxa de incidência de 14,1 por 100.000 habitantes contra 22,8 por 100.000 habitantes para o sexo masculino, confirmando uma proporção entre os sexos de 1,6:1 nesse mesmo ano (BRASIL, 2004c).

Ainda em 1985, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana era mais prevalente em homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis e pacientes submetidos a transfusões sanguíneas (BRASIL, 2004c). Entretanto, os dados epidemiológicos mais recentes mostram que a população hoje exposta ao vírus HIV é principalmente de homens e mulheres heterossexuais, 40,6% e 94,2% respectivamente, em 2003.

A expansão da Aids no Brasil também confirma as características de aumento da população feminina infectada. Em 2003, 57,3% das mulheres com Aids apresentavam até o ensino fundamental completo. No mesmo ano, a faixa etária de 25-39 anos, que corresponde à idade reprodutiva, constituía 45% dos casos registrados. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, estudos transversais em maternidades brasileiras revelaram uma prevalência média de 0,6% de parturientes infectadas pelo HIV, o que justifica os casos de transmissão vertical representar 85% das causas de infecção por HIV em menores de 13 anos (BRASIL, 2003b).

2.3 Transmissão

2.3.1 Compartimentalização

Para autores como Castilla et al.; Malamba et al. (2005), “[...] a terapia antirretroviral (TARV) reduziu de 80% a 98% a transmissão heterossexual entre casais discordantes,” o que é compatível com a correlação positiva entre a carga viral de HIV plasmática e vaginal em mulheres. No entanto, “[...] existe a possibilidade de se encontrar o vírus no trato genital mesmo quando é indetectável no plasma, um fenômeno conhecido como compartimentalização” (DEBIAGGI et al., 2001; ANDREOLETTI et al., 2003).

Embora o uso consistente de preservativo seja recomendado para evitar a exposição a novas variantes genóticas de HIV ou vírus resistente de um dos parceiros, mesmo em casal concordante, há uma adesão inconsistente a esta recomendação. Assim, o conhecimento sobre a compartimentalização genital pode ser um componente importante nas mensagens preventivas de transmissão heterossexual.

2.3.2 Aleitamento materno

O aleitamento é o meio predominante de transmissão pós-natal, tendo sido estimado com um adicional de 14% de risco de transmissão: o HIV é encontrado em maior quantidade no colostro (GUERRA et al., 2002).

Segundo o Comitê de Aleitamento Materno e pela Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis:

- Desestimular a prática indiscriminada do aleitamento cruzado. Diante da impossibilidade da mãe biológica amamentar e, optando-se por uma mãe substituta, cuidados especiais na seleção da nutriz devem ser tomados.
- Evitar o aleitamento natural nos casos de mães infectadas pelo HIV assintomáticas ou doentes de Aids.
- Em relação às mulheres com fatores predisponentes à infecção pelo HIV, o aleitamento materno deve ser mantido, considerando que os benefícios desta prática são indiscutivelmente maiores que os riscos do lactente vir a se infectar pelo HIV.
- Submeter ao processo de pasteurização todo o produto utilizado em Banco de Leite Humano.

2.3.3 Transmissão vertical

A carga viral materna elevada é um dos principais fatores que promovem a transmissão vertical. Cerca de 70% dos casos de transmissão materno-infantil ocorrem durante o trabalho de parto; o restante corresponde a eventos intraútero também nas últimas semanas de gestação.

Diversos estudos já comprovaram que a ruptura prolongada das membranas associada a secreções cérvico-vaginais abundantes em vírus HIV são determinantes da infecção do feto. Além disso, a presença do vírus no leite materno, principalmente no colostro, agrava em 7 a 22% a possibilidade de transmissão (BRASIL, 2003a).

A redução da TV está entre as prioridades do Programa de DST/Aids Nacional Brasileiro (PNDST/Aids) do Ministério da Saúde: incentivo ao pré-natal em gestantes HIV positivas, como também fornecimento de medicamento profilático gratuito para todas as mulheres grávidas HIV positivas e aos seus RNs. Esse programa foi implementado no Brasil em 1995.

Apesar das intervenções preconizadas terem, reconhecidamente, o potencial de causar grande impacto na redução do HIV, a transmissão vertical permanece elevada no Brasil, devido à baixa cobertura das ações recomendadas (BRASIL, 2006b).

A taxa de TV atualmente citada pela literatura nacional e internacional situa-se entre 0 e 2% (MOFENSON, 2003; BERNARDON e SETA, 2005; PETRY, 2005; FOSTER e LYALL, 2006; MANAVI, 2006; SOLIS et al., 2006; BRASIL, 2007b; VOLMINK et al., 2007; CHIGWEDERE et al., 2008; SAHARAN et al., 2008).

2.3.3.1 Estratégia para a prevenção da transmissão vertical do HIV

De acordo com Oliveira e Margotto (2004), existem estratégias que devem ser implementadas para prevenir-se a TV do HIV, onde destaca-se a identificação, já no pré-natal das grávidas infectadas pelo HIV, por meio do oferecimento de testes para a detecção de anticorpos anti-HIV. Uma vez identificada a gestante HIV positiva (dois testes positivos), esta deverá ter um pré-natal com um obstetra e um especialista em doença infecto-parasitária.

Os autores indicam, ainda, para evitar a contaminação do RN durante o trabalho do parto com o sangue e secreção maternas, evitar trabalho de parto prolongado, não provocar a ruptura das membranas, evitar episiotomia, promover ligadura precoce do cordão, limpar imediatamente o RN das secreções e sangue materno, aspirar gentilmente as secreções da orofaringe e estômago. Acrescenta-se, ainda, evitar o aleitamento materno, pois a transmissão através do leite materno tem uma taxa de que varia, nos diversos estudos, de 7 a 22%. O aleitamento cruzado deverá ser evitado.

▪ **Projeto Nascer Maternidades no Brasil**

A Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002, determinou, em seu artigo primeiro, "Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Projeto Nascer-Maternidades" (Brasil, 2002a). Uma das principais preocupações do Projeto pode ser resumida com os dados de 2001, colhidos em Estudos Sentinela em

maternidades de todo o Brasil: o percentual de cobertura de parturientes que consumiram AZT EV no momento do parto foi de apenas 34,7% (BRASIL, 2002b).

O objetivo principal do Projeto Nascer é diminuir a transmissão vertical do HIV e da sífilis, melhorando a qualidade da assistência perinatal. Para isso, em 2002, foram selecionadas 446 maternidades em todo o Brasil, em municípios prioritários e que apresentavam mais de 500 partos por ano ou aquelas que apresentavam o maior número de partos na Unidade Federada, caso não se adequassem a esse critério (BRASIL, 2002a).

Nesse primeiro momento, o MS forneceu integralmente testes rápidos, medicamentos e insumos para a profilaxia antirretroviral, inibidores de lactação, fórmula láctea e inclusão de crianças expostas ao HIV no projeto Bolsa Alimentação. Além disso, houve capacitação de equipes multiprofissionais para melhor utilização dos testes rápidos, diagnóstico e tratamento de parturientes com Aids e seus recém-nascidos (BRASIL, 2002c).

Após esse período inicial, todas as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde, puderam fazer parte do Projeto Nascer, por meio da cobrança dos procedimentos constantes no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS (BRASIL, 2002a).

▪ **Projeto Nascer Maternidades no Maranhão**

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde, em São Luís,

[...] a situação epidemiológica do Maranhão é muito semelhante ao restante do Brasil. Em 2003, a taxa de incidência de Aids do Estado foi de 4,6 casos por 100.000 habitantes; até 2004, houve predominância do sexo masculino nos casos de Aids notificados (69,5%), mas a razão entre os gêneros encontrada foi de aproximadamente 2 homens infectados para cada mulher. Além disso, heterossexuais constituíram 49,36% das pessoas com HIV/Aids (MARANHÃO, 2005).

As características da população atingida também são semelhantes: 32,4% dos casos eram pessoas com até 7 anos de estudo; 57,84% das mulheres tinham 20-34 anos; a transmissão vertical ocorreu em 93,15% dos casos de Aids em menores de 13 anos, que corresponderam a 2% do total de casos até 2004 em todas as faixas etárias (MARANHÃO, 2005).

A distribuição geográfica da Aids no Maranhão não é uniforme. Embora 130 dos 217 municípios que compõem o Estado já tenham apresentado algum caso de Aids, do total de casos notificados até 2004, 66% foram diagnosticados em São Luís e Imperatriz. Além desses dois municípios, apresentam maior importância epidemiológica: Timon, Caxias, Açailândia, Bacabal, Paço do Lumiar e Pedreiras (MARANHÃO, 2005).

Para Maranhão (2005) sintetiza as necessidades do Estado, após cinco anos de experiência com o tratamento de gestantes com HIV/Aids, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão:

Considerando as dimensões do estado, as dificuldades de acesso à capital e a alta prevalência da infecção, para maior êxito, se faz necessário, em caráter de urgência, a multiplicação entre os profissionais de saúde ligados direta ou indiretamente ao atendimento pré-natal desse protocolo.

Para combater a epidemia de Aids no Maranhão, em 2002, o Governo do Estado deu início a uma política de descentralização e municipalização das ações em DST/Aids. Por representarem

[...] a complexidade do comportamento da epidemia no território maranhense e possuírem capacidade gerencial, técnica e organizacional os municípios de São Luís, Imperatriz, Timon, Caxias, Bacabal, Codó, Itapecuru Mirim, São José de Ribamar, Coroatá, Santa Inês e Pinheiro foram escolhidos como referência no atendimento aos pacientes com HIV/Aids (MARANHÃO, 2005).

Em 2005, já existiam 11 Coordenações Municipais de DST/Aids em São Luís, Imperatriz, Timon, Caxias, Bacabal, Codó, Itapecuru Mirim, São José de Ribamar, Santa Inês, Coroatá e Pinheiro, cujas atribuições são:

Elaboração e execução das atividades do Plano de Ação e Metas - PAM - nas diversas áreas de atuação do Programa a nível local. [...] articular as três esferas de governo e estabelecer parcerias com as instituições governamentais, não governamentais e organizações da sociedade civil (MARANHÃO, 2005).

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, o Projeto Nascer, no Maranhão, “[...] conta com 11 maternidades e o Programa de Humanização do Parto, em que equipes multiprofissionais são capacitadas, objetivando a qualidade da assistência ao parto puerpério” (MARANHÃO, 2005).

Os principais fatores contribuintes para a redução da transmissão vertical do HIV são a promoção de intervenções que reduzam a carga viral materna e que

propiciem a escolha adequada da via de parto com assistência ao binômio mãe-filho. Isso reforça que, no pré-natal, o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes e, em caso de positividade, deve-se iniciar a TARV e planejar a melhor via de parto. A oferta e disponibilidade do teste rápido a todas as gestantes atendidas na emergência, assim como o uso do AZT no trabalho de parto, condução adequada da via de parto e assistência ao recém-nascido destas gestantes não oriundas do pré-natal são medidas importantes para reduzir a transmissão vertical do HIV.

2.3.4 Transmissão perinatal infantil

Alguns fatores estão associados à transmissão perinatal infantil do HIV, tais como: estágio da doença materna, ausência de anticorpos neutralizantes, infecção placentária ou de membranas amnióticas, presença de doença sexualmente transmissível, tipo de parto, trabalho de parto prolongado, exposição maciça ao sangue materno durante o parto, ruptura prolongada de membranas, aleitamento materno e imunidade materna, com contagem de CD4 inferior a 200/mm³ (OLIVEIRA e MARGOTTO, 2004).

A infecção perinatal pode ser identificada pela persistência de anticorpos contra o HIV após os 15 meses de idade, pois sabe-se que os anticorpos maternos passivamente transferidos para o feto podem persistir por cerca de um ano. Entretanto, Oliveira e Margotto (2004) consideram casos de infecção perinatal:

1 – Os menores de 15 meses que foram expostos no período perinatal à sua mãe infectada e se:

a) há identificação do vírus em sangue ou tecidos e/ou; b) há soropositividade para HIV e alterações de testes imunológicos (dois resultados positivos em cultura, PCR, Ag P24) que analisam a imunidade humoral e celular, e presença de sinais e sintomas ou doenças secundárias que caracterizam infecções sintomáticas.

OBS: Já foram identificadas crianças com ausência de anticorpos anti-HIV, mas, com detecção do vírus em cultura e, outras que, após período de negatificação da sorologia tornaram-se novamente anti-HIV positivas.

2 – Maiores de 15 meses com infecção perinatal ou crianças de qualquer idade que infectaram-se por outros meios de transmissão, se: a) há identificação do vírus em sangue ou tecidos; b) são soropositivos para HIV independente da presença de anormalidades imunológicas ou sinais e sintomas de doença (considera-se soropositividade para HIV quando duas reações sorológicas com princípios diferentes resultam positivas).

Em relação ao quadro clínico, somente 10 a 30% das crianças com HIV adquirido no período perinatal desenvolvem sintomas que levam ao diagnóstico durante a infância. Em cerca da metade dos casos, os sintomas permitem o diagnóstico no primeiro ano de vida e, em 82%, até 3 anos de vida.

As crianças que adquirem a infecção no período perinatal, permanecem assintomáticas, em geral, durante os primeiros quatro meses. Os sintomas iniciam-se com maior frequência na primeira metade do 1º ano. Observam-se diminuição no ganho de peso e altura, febre intermitente, monilíase oral, aumento de frequência de infecções comuns na criança, tais como otite média e pneumonia. O quadro completa-se com hepatoesplenomegalia e linfadenopatia generalizada e pneumonia. A pneumonite intersticial linfóide se caracteriza por infiltrados com nódulos que podem estar relacionados tanto ao vírus Epstein-Barr como ao vírus HIV (OLIVEIRA e MARGOTTO, 2004).

A infecção oportunista mais comum é a pneumonia por *Pneumocystis carini*, seguida de *Mycobacterium avium-intracellulare*, candidíase mucocutânea, citomegalovírus, Herpes simples, criptococo, toxoplasmose e criptosporidíase. O Sarcoma de Kaposi é raro. Pode-se observar também encefalopatia progressiva – atraso do desenvolvimento aliado à intensa regressão: demência, convulsões e disfunções motoras, principalmente nas crianças pequenas. Este quadro atinge mais da metade das crianças com Aids. É referida ainda uma “síndrome de infecção congênita pelo HIV”, na qual o RN apresenta algumas características dismórficas, tais como—**hipertelorismo**, lábios intumescidos e proeminentes, entre outras (OLIVEIRA e MARGOTTO, 2004).

Os autores consideram a progressão rápida da doença ao afirmarem que a maioria das crianças vive menos que um ano após o diagnóstico clínico da Aids. Algumas crianças sobrevivem 7 anos ou mais.

2.4 Diagnóstico

Os principais métodos diagnósticos disponíveis no Brasil são o Ensaio Imunoenzimático (ELISA) e o método de “Western Blot”. Entretanto, há uma tendência de realização do teste rápido nas maternidades do país, devido à emergência da tomada de decisão no momento do parto.

2.4.1 Teste rápido

Conforme Duarte et al. (2001), “[...] o teste rápido é um ensaio imunocromatográfico que se utiliza para a detecção qualitativa de anticorpos HIV-1 e HIV-2 em sangue total, soro ou mesmo no plasma humano, obtendo-se o diagnóstico em até 15 minutos, com simples coleta e fácil interpretação.”

Há inúmeros estudos já realizados que avaliam o desempenho deste teste rápido, comprovando sensibilidade e especificidade que “[...] o apontam como um recurso extremamente importante na indicação de medidas profiláticas que reduzam a transmissão perinatal deste vírus nefasto” (CARVALHO et al., 2004).

O teste rápido, desenvolvido no final da década de 80, permite a detecção de anticorpos anti-HIV em aproximadamente 30 minutos, pois são antígenos virais fixados em um suporte sólido e individualizados, o que permite o teste de amostras individuais. De acordo com a Portaria nº 488/98, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, “[...] os testes rápidos disponíveis no Brasil devem ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados e sua sensibilidade e a especificidade do teste são semelhantes aos Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) de terceira geração” (BRASIL, 2003a).

As situações de emergência, como prevenção de transmissão materno-infantil do HIV e acidentes ocupacionais, são as mais adequadas para a utilização do teste rápido. A principal vantagem do teste é a possibilidade de avaliar e decidir rapidamente pela utilização de profilaxia medicamentosa. Como, por exemplo, gestantes em trabalho de parto que não foram testadas para infecção por HIV durante o acompanhamento pré-natal, não tiveram acesso a consultas pré-natais suficientes ou não dispõem do resultado do teste no momento da internação na maternidade (BRASIL, 2003b).

2.4.2 Ensaio imunoenzimático

No método imunoenzimático (ELISA), os antígenos virais são obtidos de sobrenadantes de cultura de células infectadas e cruzados com o soro de pacientes suspeitos. É um método sensível, mas tem menor especificidade, uma vez que além dos antígenos virais, pode haver contaminação com material oriundo do meio de

cultura. Caso seja positivo, deverá ser repetido e confirmado por outro método sorológico (*Western Blot* ou Imunofluorescência). É útil na triagem de amostras em bancos de sangue.

2.4.3 Método de *Western Blot*

É um método altamente sensível e específico, uma vez que antígenos específicos virais são separados eletroforéticamente e cruzados com soro, em uma tira de papel. Tem como desvantagem o alto custo. Uma variante desta técnica, conhecida como “Imunoblot”, utiliza antígenos obtidos por engenharia genética e tem diminuído o seu custo, parecendo tão específico quanto o “Western Blot”.

2.4.4 Outros métodos

Outros métodos procuram detectar o HIV 1 (antígeno P24, buscando identificar a presença do vírus) ou o DNA viral (*Polymerase Chain Reaction* - PCR). Este método é mais sensível para idades acima de 2 anos. O tempo de soroconversão é geralmente de 2 a 4 meses. Detecção do RNA viral (PCR) para avaliação de carga viral com 2 meses. O método ideal é a recuperação do vírus (ainda pode ser empregado rotineiramente).

Também podem ser realizados alguns métodos indiretos, tais como: testes imunológicos que analisam a imunidade humoral e celular, por exemplo: hipergamaglobulinemia, diminuição do número absoluto de linfócitos T4, linfopenia absoluta, diminuição da relação T4/T8.

2.5 Tratamento

O tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde para o RN, gestante e parturiente é feito com Zidovudine é inespecífico, dependendo da carga viral, contagem de CD4 e patologia apresentada.

2.5.1 Específico do HIV para o RN com administração do zidovudine

- Mecanismo: inibição competitiva ou bloqueio da cadeia de DNA, inibindo a replicação do HIV; aumenta o tempo de sobrevivência, reduz a frequência de infecções oportunistas e melhora o quadro da demência induzidos pelo HIV.
- Possui toxicidade contra a medula óssea.
- Dose: 2 mg/kg/dose via oral (VO) de 6/6 horas por 6 semanas. Iniciar nas primeiras 6 a 12 horas de vida. AZT xarope: 1 ml = 10 mg - frasco com 200 mg. Pode ser usado por via endovenosa (EV) na dose de 1,5 mg/Kg/dose, em bomba de infusão por 1 hora. O intervalo da administração varia de acordo com a idade gestacional e idade pós-natal em dias: menor ou igual a 29 semanas: 0-28 dias: de 12/12 horas; mais de 28 dias: de 8/8 horas; 30-34 semanas: 0-14 dias: de 12/12 horas; acima de 14 dias: de 8/8 horas; maior ou igual a 35 semanas: para todas as idades: de 6/6 horas.
- Controles laboratoriais: hemograma semanal (anemia/neutropenia) e enzimas hepáticas mensais; contagem de neutrófilos abaixo de $500/\text{mm}^3$ é de alto risco para abscessos cutâneos e celulite pelo *S.-aureus*, *E. coli* e *Pseudomonas*.
- O uso concomitante com o Fluconazol diminui o metabolismo da zidovudine, devendo ser aumentado o intervalo da administração da zidovudine.

2.5.2 Específico para gestante com contagem de CD4 > 200 células/ mm^3

- AZT oral (cápsulas de 100mg): Iniciar a partir da 14ª semana, e continuar até o parto, em dose diária de 500 a 600 mg (100 mg 5 x/dia, 200 mg 3x/dia ou 300 mg 2x/dia).

2.5.3 Específico para parturiente

- AZT injetável IV (frasco-ampola de 200 mg). Iniciar com 2 mg/kg na primeira hora, seguindo-se de infusão contínua (IC) com 1 mg/kg/hora até o final do parto (a concentração não deve exceder 4 mg/ml). A OR ajustada e não ajustada para a relação entre uso de zidovudine e o status HIV no RN foi de 0,19 (IC a 95% de 0,05-0,84) e 0,15 (IC a 95%: 0,02-0,96). A taxa de transmissão diminuiu de 12,5%, em 1993 para 4,6% em 1997.

2.5.4 Inespecífico

- A recomendação do esquema TARV é feito de acordo com a patologia apresentada e baseia-se na idade gestacional, na contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral e no uso anterior de ARV – os cenários definidos pelo Ministério da Saúde.

2.6 Quimioprofilaxia

Na quimioprofilaxia da Aids é determinação do Ministério da Saúde que seja feita no período gestacional da seguinte forma (BRASIL, 2006d):

Cenário 1: Idade gestacional a partir da 14^a semana sem uso de terapia antirretroviral.

- a) Situação clínica 1: contagem de linfócitos T-CD4+ > 200 células/mm³, assintomática. Recomendação terapêutica: profilaxia com TARV (AZT + 3TC + NFV ou NVP);
- b) Situação clínica 2: contagem de linfócitos T-CD4+ > 200 células/mm³ e carga viral < 1.000 cópias/ml, assintomática. Recomendação terapêutica: monoterapia com AZT (BRASIL, 2006d).

Cenário 2: Independente da idade gestacional e sem uso de TARV.

- a) Situação clínica 1: assintomática, com contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral ≤ 200 células/mm³. Recomendação terapêutica: TARV (AZT+ 3TC + NFV ou NVP);
- b) Situação clínica 2: sintomática, independente contagem de linfócitos T-CD4+, a recomendação terapêutica é: TARV (AZT + 3TC + NFV ou NVP).

Cenário 3:

- a) Situação clínica 3: Mulher HIV+ em uso de TARV, independente da idade gestacional, da contagem de linfócitos T-CD4 + Carga Viral, manter TARV.

2.7 Recomendações

O Ministério da Saúde estabelece as recomendações clínicas para as mulheres grávidas portadoras do HIV, assim como o acompanhamento e manejo para serem aplicados nas instituições de saúde que as assistem.

2.7.1 Recomendações clínicas

- Estabelecer, durante o pré-natal, o acompanhamento conjunto da gestante por infectologista ou clínico experiente no manejo de pacientes infectadas pelo HIV.
- Sempre que possível, antes de iniciar o uso do AZT, submeter a gestante à contagem de linfócitos CD4 e medida da carga viral, para melhor avaliação do esquema terapêutico e da necessidade de quimioprofilaxia para infecções oportunistas.
- O AZT deve fazer parte de qualquer esquema terapêutico que venha a ser adotado para a gestante portadora do HIV, já que este medicamento é o único antirretroviral com eficácia comprovada na

redução da transmissão vertical do HIV, além de não apresentar efeitos adversos no recém-nascido que contra-indiquem seu uso.

- Oferecer AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independentemente do nível de CD4, carga viral, estado clínico ou uso concomitante de outros antirretrovirais, devendo o tratamento ser iniciado a partir da 14^a semana da gestação até o parto, com reavaliação do tratamento no pós-parto. Quando a oportunidade acima for perdida, o tratamento com AZT deverá ser iniciado em qualquer idade gestacional, inclusive no momento do parto.
- Monitorar a gestante com hemograma e transaminases no início do tratamento com AZT e, a seguir, a cada mês. Frente à ocorrência de efeitos adversos (anemia, neutropenia, leucopenia, náuseas, vômitos, astenia, malestar geral, cefaléia, miopatia, insônia, pigmentação ungueal, alteração das provas hepáticas), reavaliar a conduta.
- As mulheres que já vinham recebendo antirretroviral previamente à gestação devem ser informadas sobre os potenciais riscos/benefícios da manutenção, modificação ou suspensão do tratamento no tocante à evolução da sua própria doença, devendo também ser considerados os potenciais efeitos adversos da terapêutica antirretroviral sobre a criança. As condutas deverão ser decididas caso a caso, em conjunto com a gestante.
- Gestantes infectadas pelo HIV, com CD4 menor do que 500 células/mm³, carga viral elevada ou que sejam sintomáticas, poderão receber terapia antirretroviral combinada, inclusive inibidores de protease, a critério médico, de acordo com as recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes contidas no documento de consenso (documento disponível nas coordenações do programa estadual e municipal de DST/Aids).
- Mesmo as mulheres que não receberam AZT oral durante a gestação devem receber AZT injetável durante o trabalho de parto e parto, até o clampeamento precoce do cordão.

- Oferecer AZT solução oral ao RN. Essa terapia deve iniciar-se o mais precoce possível nas primeiras 24 horas após o parto, e ser mantida até a 6ª semana de vida, mesmo que mães não tenham recebido AZT durante a gestação e parto.
- As mulheres infectadas devem ser informadas e aconselhadas sobre o risco de transmissão do HIV durante a amamentação e orientadas quanto ao uso de substitutos do leite materno, ou, quando disponível, o uso de leite de bancos de leite credenciados pelo ministério da saúde. Nenhuma criança deve receber aleitamento cruzado (leite de outra mulher). Consulte o folheto informativo do ministério da saúde sobre as orientações para a alimentação das crianças nascidas de mulheres infectadas pelo HIV.

Evidências sugerem que a maioria dos casos de transmissão vertical ocorre tardiamente na gravidez, em torno do momento do parto, sugerindo que o período mais apropriado para intervir, reduzindo o risco da infecção vertical, seja o final da gestação.

Estudos recentes mostram que o parto cesáreo, quando realizado de forma eletiva, ou seja, estando as membranas íntegras e sem ter o trabalho de parto iniciado, contribui para a redução da transmissão vertical do HIV. Não há, entretanto, dados consensuais quanto à morbidade e mortalidade materna ao se adotar essa conduta.

Por via de regra, os serviços devem, inicialmente, avaliar, conjuntamente com a paciente, quanto aos riscos/benefícios do parto cirúrgico. Uma vez decidido pela cesárea eletiva, as seguintes considerações devem ser observadas:

- A confirmação da idade gestacional é obrigatória, para prevenir a prematuridade iatrogênica.
- Cesáreas eletivas devem sempre ser planejadas e executadas em condições adequadas para reduzir os riscos de morbidade materna e perinatal. Os serviços ambulatoriais de alto risco devem estabelecer uma rotina, em acordo com as maternidades de referência, para a realização do parto em dia e hora previamente estabelecidos pelas equipes. No horário da internação, deve ser previsto o tempo necessário para a administração prévia do AZT, no mínimo de 4 horas, considerando que a meia-vida intracelular do medicamento é de 3 horas.

- Considerar a utilização de antibiótico-profilaxia, com cefalosporina de segunda geração, administrada em dose única no momento do clampeamento do cordão umbilical.

2.7.2 Recomendações obstétricas

As recomendações obstétricas elaboradas pelo Ministério da Saúde são condutas que evitam o constrangimento da gestante soropositiva e orientam quanto ao manejo adequado da norma e seu produto, durante a assistência ao parto e puerpério.

- Não há necessidade de isolar a paciente portadora do HIV.
- Evitar que as gestantes portadoras de HIV permaneçam com a bolsa rota por mais de 4 horas ou em trabalho de parto prolongado.
- Contraindicam-se os procedimentos invasivos durante a gestação, trabalho de parto (amniocentese, amniotomia).
- No parto vaginal, evitar a episiotomia (pelo sangramento, biossegurança).
- Realizar o clampeamento imediato do cordão umbilical.
- Aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismos em mucosas.
- Imediatamente após o parto, lavar o recém-nascido com água e sabão.
- Orientar a gestante quanto ao preparo dos substitutos do leite materno.
A puérpera deverá ser medicada para suspender a lactação logo após o parto e ser orientada quanto aos cuidados que deverá ter com as mamas. A inibição da lactação pode ser conseguida simplesmente com compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, sem restringir os movimentos respiratórios e causar desconforto materno, sem apertar. No entanto, alguns casos requerem ação medicamentosa, que pode ser conseguida com o benzo-ginoestril ap (hexadro benzoato de estradiol), 2 ampolas de 5 mg (1 ml) ou o Dopergin (hidrogenomaleato de lisurida), 0,2 mg, 1 comprimido pela

manhã e à noite, por 14 dias ou o Parlodel (bromocriptina) comprimido de 1,25 mg, na dose total de 1/2 comprimido pela manhã e 1/2 comprimido à noite.

- Ao receber alta no puerpério, a mulher deve ser orientada quanto à importância do acompanhamento clínico dela e da criança HIV+ Gestação. O acompanhamento clínico da mulher deve incluir o retorno para avaliação clínico-obstétrica no 8º e no 40º dia pós-parto.
- Encaminhamento para serviço de infectologia para seguimento clínico do seu estado de infecção pelo HIV; reavaliação da necessidade de manutenção ou não da terapia antirretroviral, e encaminhamento a um serviço de planejamento familiar.
- Orientar gestante/puérpera quanto ao uso de preservativo em todas as relações sexuais.
- O parceiro deve sempre ser aconselhado e testado.

CAPÍTULO III

3 AVALIAÇÃO

Conforme Dryzek (1995), “[...] pesquisa pública ou um programa de governo é sempre um risco teórico. Várias concepções de avaliação podem conduzir a diferentes *desenhos* de pesquisa. De modo geral, os autores dividem-se entre as abordagens positivistas e as abordagens críticas.” Para os primeiros, é possível obter um resultado científico, baseado em parâmetros objetivos e valendo-se de uma metodologia neutra. As avaliações de base positivista recorrem a indicadores quantificáveis e apresentam resultados expressos em números.

Algumas técnicas de gestão utilizam-se intensamente do ideário positivista, tais como o *Management by Objectives* (MBO), o *Total Quality Management* (TQM) ou o *Human Resources Management* (HRM). Por outro lado, “[...] as abordagens críticas acusam os positivistas de artífices de *tecnologias de controle social* e de não compreender os aspectos valorativos e políticos envolvidos na avaliação de uma política pública” (DRYZEK, 1995).

Recomendam considerar os valores e ideias que fundam a perspectiva teórica do programa a ser avaliado, a situá-lo em seu contexto político, selecionar a abordagem apropriada e analisá-lo sempre em relação a políticas alternativas (PARSONS, 1995).

A avaliação deve ser concebida como um processo de constante estimativa da ~~adequação entre~~ os objetivos e as metas que o programa deve realizar e o seu desenvolvimento empírico. O trabalho de avaliação faz-se pelo estudo dos resultados do programa em relação aos seus objetivos propostos. Numa definição amplamente aceita, Weiss (1998) entende que a “[...] avaliação é a estimativa sistemática da operação e/ou dos resultados de um programa ou de uma política, em comparação com um conjunto de parâmetros implícitos ou explícitos, como forma de contribuir para o aprimoramento do programa ou política.”

Os programas governamentais são executados em um ambiente que é eminentemente político. Neste contexto, as políticas e programas de governo

aparecem como fruto de decisões políticas e desta forma são eles mesmos, instrumento de ação política.

A avaliação desses programas não deixa de ser também política, já que deve apontar caminhos e soluções, além de sua realização ter o intuito de fundamentar a tomada de decisões (WEISS, 1998).

A avaliação é um processo que deve ser contínuo, permitindo, assim, ainda em curso, que se apontem correções no rumo dos programas. Os conceitos e métodos utilizados para a avaliação são de caráter objetivo e de caráter subjetivo. Séries estatísticas, quantificações de ações ou de desempenho convivem com apreciações subjetivas por parte dos atores envolvidos. O aspecto motivacional dos administradores públicos constitui-se como extremamente relevante na avaliação dos programas.

Como foi visto, a avaliação pode ser do processo ou dos resultados de um programa ou política. Em se tratando de processo, é chamada avaliação formativa, que é mostrada como um tipo de monitoramento. No segundo caso, ou dos resultados é chamada avaliação somativa, cujo interesse se faz pelos resultados obtidos pelo conjunto de ações desenvolvidas no interior de um determinado programa.

No processo, o foco reside na eficiência com que o programa é conduzido em vista dos resultados esperados, enquanto no outro, o foco está na eficácia do programa, isto é, na estimativa do impacto dessas ações sobre o problema de base.

Realizar um projeto de avaliação de programas governamentais significa, de saída, responder a cinco perguntas: O programa está realizando seus objetivos? Como está sendo administrado o programa? O programa está fazendo o que pretende fazer? Como ele foi capaz ou porque não foi capaz de atingir os seus objetivos? Que diferença faz o programa?

A última pergunta (que diferença faz o programa?) é aquela que nos conduz diretamente à avaliação de impacto. O impacto já foi definido como toda “[...] sequência de acontecimentos que emanam da implementação de uma decisão política” (GRUMM, 1975).

Numa primeira acepção, portanto, é tudo o que decorre daquele programa ou política. Assim, realizar uma avaliação de impacto significa “[...] determinar a extensão com que um conjunto de atividades humanas direcionadas (X) pode afetar

o estado de certos objetos ou fenômenos ($Y_1... Y_k$) e – ao menos algumas vezes – determinar porque os efeitos foram tão restritos ou tão amplos quanto se mostraram” (MOHR, 1995).

A pesquisa de “avaliação de impacto” busca determinar que efeitos possam ser realmente atribuídos a um programa que pretende alterar um estado de coisas. Dito de outra maneira, o impacto de um programa pode ser entendido como “[...] o resultado de uma comparação entre aquilo que ocorreu após a implementação do programa e aquilo que teria acontecido se o programa não tivesse sido implementado” (Mohr, 1995). A questão é saber se os indivíduos estão em melhor situação por causa desta atividade governamental do que estariam sem ela.

A análise de impacto diz respeito, fundamentalmente, aos efeitos mensuráveis de um programa. Isto é possível pelo emprego do elemento contrafactual (C), que é o estado (hipotético) de coisas que existiria se o programa não tivesse acontecido. Este elemento é comparado aos resultados (R) efetivos obtidos pelo programa. Assim, a razão R-C nos dá a medida do impacto de uma determinada ação ou programa.

É preciso diferenciar o estado inicial do elemento contrafactual, pois aquele é simplesmente o estado de coisas ao tempo do início da implementação do programa, enquanto este é o estado de coisas que existiria (condicionalmente, portanto), mesmo se o programa não tivesse sido posto em prática. Neste caso, podemos supor que terá havido um desenvolvimento “normal” daquele estado de coisas que o levará do estado inicial a um ponto a ser determinado.

Outros índices podem ser utilizados para mensuração dos impactos, tais como a taxa de efetividade (*effectiveness ratio*), que mede o resultado efetivo contra o resultado esperado, ou a taxa de adequação (*adequacy ratio*), que procura quantificar a proporção do problema eliminado pelo programa. Comumente, essas técnicas de análise são empregadas no âmbito dos diversos desenhos (*designs*) possíveis para uma pesquisa de avaliação de impacto: o desenho de regressão-descontinuidade, o da mudança comparativa, o da população-critério ou o das séries históricas.

Para entender, porém, a lógica de uma avaliação de impacto é preciso apreender dois conceitos básicos: o problema de base e a linha de resultado.

Problema base: de acordo com Mohr (1995): “[...] toda avaliação de impacto deve iniciar-se pela consideração do problema de base que deu origem ao programa.” Em outras palavras, aquele estado de coisas, considerado insatisfatório do ponto de vista dos promotores do programa – Estado, Empresa, Organização Não Governamental (ONG), etc. – que deve ser transformado.

Todo programa ou política tenta transformar um estado de coisas considerado insatisfatório (evasão escolar, altas taxas de mortalidade infantil, sonegação fiscal, entre outros), por meio de uma sequência sistemática de ações que visam a um (ou mais) objetivo definido. Esta sequência corresponde a certo número de atividades que são instrumentais umas em relação às outras e que conduzem o programa de uma etapa à seguinte. Isto forma uma linha de resultado (*outcome line*).

A linha de resultado é composta de subobjetivos, que são etapas intermediárias e instrumentais do programa e que levam ao resultado de interesse (*outcome of interest*). Os três resultados de um programa podem ir além dos objetivos declarados, diferenciando-se, assim, dos objetivos de impacto. Os primeiros consistem exclusivamente nos propósitos definidos pelo promotor do programa, enquanto o segundo compreende qualquer efeito, direto ou indireto, das ações políticas.

Dentre os diferentes modelos de avaliação de impacto, o avaliador deve optar por aquele que melhor se adapta às circunstâncias que lhe são propostas. Em condições ideais, o Desenho Experimental Básico é aquele que permite avaliações mais precisas. Duas são as suas características distintivas: em primeiro lugar, o *locus* de seleção da amostra é centralizado. Isto é, algum tomador de decisão resolve quem recebe o tratamento, e em segundo lugar, o modo de seleção é por processo aleatório de escolha (*randomization*).

Na maioria dos casos, entretanto, o avaliador é convocado quando o programa já se encontra adiantado, ou mesmo depois de terminado. Nestas circunstâncias, impõe-se o modelo de avaliação que designamos “ex-post-facto”, que procura “reconstituir” os elementos necessários a uma estimativa do impacto a partir de documentos (registros administrativos, boletins médicos, etc.) ou de entrevistas com os atores do processo.

Na avaliação “ex-post-facto” a decisão sobre o tratamento é descentralizada e a seleção é feita a partir de diferentes critérios. Essas características aumentam consideravelmente as possibilidades de se produzir uma avaliação de impacto frágil, uma vez que podem injetar várias fontes de erro.

Com base nas considerações acima descritas é que nos propomos a fazer uma avaliação do processo ou avaliação formativa (monitoramento) e dos resultados ou somativa-avaliação do processo assistencial à gestante soropositiva para o vírus do HIV e os resultados deste processo.

CAPÍTULO IV

4 PROBLEMATIZAÇÃO

De acordo com Knauth (1999), “[...] a manutenção da atividade reprodutiva é uma importante estratégia utilizada pelas mulheres, acionada especialmente por aquelas que se encontram em fase de consolidação de aliança e que buscam, através da maternidade, fortalecer essa relação.” Ainda, as relações com a família consanguínea, ao “ganhar” um descendente, também são reforçadas por meio da maternidade.

Mesmo considerando algumas mudanças e restrições no cotidiano das pessoas com HIV/Aids, como aquelas impostas pelo uso de medicamentos, não se pode reduzir ou restringir suas vidas à sua condição sorológica. Nem mesmo supor que elas deixam de ter projetos ou aspirações em função da soropositividade. Com essa estratégia, estas mulheres sobrepõem seus projetos de vida às possíveis limitações de sua condição sorológica (KNAUTH, 1999).

Na decisão de ter filhos, esse tipo de “esquecimento” sobre o HIV pode ser tomado pelos serviços de saúde como desconsideração do risco da transmissão vertical. Entretanto, para as pessoas soropositivas, pode ser um modo de acionar o que Douglas (1996) chamou de “imunidade subjetiva”, a qual permite que, mesmo diante de perigos “[...]ousem experimentar e não se desestabilizar ante a evidência de fracassos, seguindo suas vidas.”

A imunidade subjetiva não significaria uma negação da doença ou do risco da transmissão vertical, mas o que Douglas (1996), tomando o risco como noção construída culturalmente – chamou de aceitabilidade do risco. Nessa perspectiva, o desejo ou a decisão de ter filhos, a depender dos contextos normativos em que ocorrem, podem merecer diferentes “níveis de aceitabilidade”, mesmo cientes do risco da transmissão vertical do HIV. Isso pôde ser observado nas modulações de significados para tal risco, apresentados em estudos de (PAIVA et al., 2002).

Connor et al. (1994) evidenciaram, “[...] 67,5% de redução na transmissão vertical, através do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076), utilizando Zidovudine (AZT) durante a gestação, trabalho de parto, parto e nos recém-nascidos, alimentados exclusivamente com fórmula infantil.”

Diversos outros estudos confirmaram a eficácia da terapia antirretroviral na gestação, mesmo quando a intervenção com Zidovudine é feita tardiamente ou somente para o recém-nascido nas primeiras 48 horas após o parto (CONNOR et al., 1994).

A terapia combinada é ainda mais eficaz durante a gestação, como demonstram diversos estudos epidemiológicos em que se reduziu a carga viral a valores indetectáveis e foram encontradas taxas de transmissão materno-fetal menores, assim como menor índice de mutações do vírus HIV que conferem resistência ao AZT (BRASIL, 2003c).

Para Connor et al. (1994), “[...] a via de parto também é de importância comprovada na transmissão materno-fetal.” O autor cita ainda o estudo europeu, *French Collaborative Study Group*, que encontrou incidência de 1,8% de transmissão vertical em partos cesarianos eletivos, contra 10,5% em *partos vaginais*.

4.1 O trabalho de parto na transmissão vertical

O número de mulheres contaminadas com o vírus do HIV aumentou consideravelmente no começo da década de 90, período em que a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio. A idade dessas mulheres é de 25 a 34 anos, importante fator responsável pelo aumento da transmissão vertical ao se encontrarem em idade reprodutiva ideal. Também é sabido que a grande maioria das pacientes soropositivas, com idade inferior a 13 anos, tem como fonte da doença a transmissão vertical que, sem sombra de dúvidas, ocorre no trabalho de parto, parto propriamente dito e no aleitamento materno que representa um risco adicional de 7 a 22% (BRASIL, 2003b).

Mesmo, com tudo que dispomos no Brasil hoje para a profilaxia da transmissão vertical (testes rápidos e medicação profilática), crianças, em escalas alarmantes, continuam a nascer infectadas. O teste para detecção da infecção pelo

HIV tem sua utilização em menos de 40% no Brasil e, se considerarmos as regiões Norte e Nordeste, é abaixo de 3% (BRASIL, 2003b).

Dessa forma, quase todas as mulheres soropositivas para HIV que conseguem ser atendidas em maternidades brasileiras só têm contato com o teste para a pesquisa do HIV e tratamento profilático da transmissão vertical na hora da internação para o parto.

De acordo com o Ministério da Saúde:

Embora no Brasil haja disponibilidade de testes e medicação profilática que possibilitam taxas potencialmente reduzidas de transmissão vertical, as crianças continuam a se infectar. Muitas mulheres chegam às maternidades sem terem frequentado o pré-natal, e a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40% [...].

Em muitas regiões do país, mais de 95% das grávidas frequentam o serviço de pré-natal, e cerca de 91,5% têm seus bebês na maternidade, no entanto, a morbidade e mortalidade materna e perinatal permanecem altas, refletindo deficiências importantes no atendimento (BRASIL, 2003b).

4.2 Justificativa do pesquisador

Ao ler esta crônica, de autor desconhecido, e, vivendo o dia a dia do Hospital Universitário Materno-Infantil, no ambulatório de gestante de risco com infecção perinatal, como Plantonista no Centro Obstétrico, professor de Obstetrícia e também tendo participado da Oficina de Formação de Multiplicadores do Projeto Nascer Maternidades, do Ministério da Saúde, foi que decidi trabalhar este binômio mãe e filho HIV positivo.

Quem és e o que fazes? Sei que és um ser faminto de soldados brancos e metidos a defensores. Fazes estragos e, se não te interrompem, és capaz de te empanurrar, crescer e multiplicar. Nada te segura se solto e em circulação te deixarem. Viajas de primeira classe e ancoras em portos que determinas. Portos estratégicos de entrada e saída de mercadoria. Na maioria das vezes, ficas orgulhoso dos filhos que produzes e os fazes chegar a outros navios. Quanto mais novos os portos e navios, menos soldados de defesa, melhor a tua estratégia de conquista. Costumas misturar-te às classes menos privilegiadas, como em uma época que adoravas gays, drogados, principalmente os grupos de amigos solidários da mesma seringa e mesmos hábitos sexuais. Chegaram a apelidar-te de “Câncer Gay”. Nesta época, vivias orgulhoso do que fazias. Eu sei, não tinhas qualquer escrúpulo ou preferência pela porta da entrada, o negócio era faturar mais um. Na frente da boate, tu eras o porteiro dos locais mais apreciados da diversão desordenada e fora dos padrões de segurança. Porta da frente ou dos fundos, que diferença isso fazia ou faz? O importante é a diversão e barriga cheia, quanto mais, melhor!

Cresceste tanto que despertastes a atenção daqueles lá de fora e que agora, sem muito sucesso, tentam te parar com barreiras cada vez mais fortes. Isto tem sido preocupante para ti e a produção de teus descendentes. Tens agilizado as pesquisas em teus centros genéticos e uma vez ou outra já produzes alguns superatletas geneticamente modificados que pulam qualquer barreira. O Brasil, e por que não o Mundo, é grande demais e, enquanto te seguram aqui ou lá, tu continuas crescendo cada vez mais em viagens que realizas a zonas mais distantes e desprotegidas, fronteiras, cruzamentos e cabines de caminhões.

Criaram uns saquinhos que parecem te aprisionar dentro, sabendo que não suportas temperaturas acima de 60 graus. Tem gente que não gosta de “Bom-bom com papel” e outros que nem os papéis conhecem e deixam as portas abertas. Não és só um bichinho, és a “quimera” o “poderoso micro quimera”, aterrorizas o mundo todo e em alguns lugares te tornastes até o “Rei”. Na África do Sul, por exemplo, dominas quase tudo. Atacas as gestantes e, se não te seguram na gravidez, lá mesmo começas a fazer teu ninho na direção vertical e já pulas num barquinho novo. Mas, se com todas as tuas forças não alcançares o barco, vais lá para aquele canal estreito onde ele vai ter que passar e seguras na âncora e, uma vez preso, ninguém te tira. Se mesmo assim dormires e perderes o trem das onze, não esperas o “amanhã de manhã”. Tens fome de leite e de lá, nas primeiras sugadas, com certeza, já estarás no barquinho novo e muito feliz.

Coquetéis, programas que tentam te excluir até dos índios. Ainda estais aqui, ali e acolá, pulas, saltas e dás nó sem ponta e, pelo visto, humanos corruptos e preocupados só em ganhar, vão perdendo espaço, a despeito da seriedade de alguns.

Continuas mais poderoso e se te perseguem atacas áreas novas e desprotegidas. Tens adorado as mulheres casadas, os heterossexuais, as grávidas e, por último, as adolescentes que te desconhecem ou não acreditam no que falam de ti.

Lembro-me que só participei de uma única Oficina para a formação de novos multiplicadores após a minha formação e que desisti no meio dos trabalhos, pois, neste grupo em que era orientador, somente dois dos componentes (alunos) eram médicos e residentes. Portanto, sem envolvimento direto com o objeto. O restante do grupo era composto, na sua maioria, por enfermeiros. Como poderíamos formar multiplicadores para a assistência à gestante com doença tão grave, se a participação de profissionais médicos era tão pequena? O parto cesariano, como seria executado? A prescrição de drogas específicas, como seria feita? O diagnóstico das doenças intercorrentes da gravidez e do próprio HIV, como seria feito, referindo-me a um contingente de tão poucos profissionais médicos envolvidos? Pedi para sair, em documento dirigido ao Ministério da Saúde, expondo tais motivos e, até hoje, aguardo resposta. Esperei para ver e vi pacientes HIV positivas com indicação de cesariana, parir de parto normal transpelvino, no setor de pré-parto; vi puérperas que só após 24 horas do parto “normal” tiveram o diagnóstico de soropositividade para HIV, amamentando como se normal fosse; vi funcionários

de serviços gerais limpando salas de parto e cirurgias sem qualquer orientação de biossegurança; vi e presenciei a insegurança de equipes inteiras na presença de pacientes soropositivas para HIV, etc.

É perceptível como a questão social é, a meu ver, o marcador de discriminação nestas mulheres que, na sua maioria, têm condições financeiras complicadas.

No ambulatório do pré-natal especializado como já citado, há decepção sempre que:

- A gestante soropositiva para HIV e Sífilis com a primeira consulta agendada nos últimos meses ou até nos últimos dias da gestação. Nestas situações a prescrição de antirretrovirais ainda é possível (AZT ou AZT Combinado). Contudo, normalmente, nenhum exame de contagem da carga viral e dosagem do CD4 e CD8 seria possível com menos de seis semanas, já que este tipo de exame só é realizado fora do Hospital Universitário (HU).
- As gestantes de outros municípios do Estado que, mesmo no início da gestação, na primeira consulta, já se encontram em pleno estado de Imunodeficiência (adoecimento), apresentando doenças de pele, pneumonia, diarreia, perda de peso acentuada, etc.
- As gestantes de qualquer origem que, em tempo hábil, não cumprem o calendário de consultas ou deixam de usar os medicamentos específicos, pois são assintomáticas e não acreditam na existência da possível doença.
- Gestantes que só no fim da gestação têm teste de HIV positivo, tendo sido acompanhadas em outros serviços, principalmente de periferia e interior, sem os devidos cuidados de atenção – ausência de exames laboratoriais em tempo devido, por falta de laboratórios nas localidades, ou mesmo pela demora em ter resultados, pois são enviados a outros locais para a realização dos mesmos para, pelo menos, se obter o diagnóstico, etc.).

- Gestantes, multíparas e com filhos de sorologia para HIV desconhecidas, de pais diferentes e também de sorologias desconhecidas.
- Pacientes com gestação de termo que, na semana anterior, foram encaminhadas ao setor apropriado da instituição para a realização da cesariana e nos volta, pois foram orientadas que só internarão quando em trabalho de parto estiverem.
- Muitos outros fatos que dizem respeito ao acolhimento e, principalmente, a orientações multidisciplinares.

Na própria Maternidade quando:

- A angústia de ver gestante em trabalho de parto, parindo no próprio pré-parto e, muitas vezes, com bolsa das águas rota há muitas horas.
- Gestantes encaminhadas e internadas, porém, há vários plantões, esperando um “divino” que a opere.
- Puérperas que só tiveram o resultado do teste rápido na enfermaria, amamentando há horas.

Por todos estes fatos e outros que a minha inquietação me fez refletir e pensar na avaliação do atendimento a esta gestante no HU, já que é considerado o nosso principal centro de referência em gravidez de risco e Centro de Formação Universitária e Pós-Graduação.

4.3 Importância da proteção social

Por quase dois séculos, às mulheres se prometeram mundos e fundos contanto que assumissem suas tarefas maternas: sede boas mães e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família e obtereis o direito de cidadania (BADINTER, 1985).

Acontece que a perda pode vir de várias formas, e que a perda da possibilidade de ter um filho é muito semelhante à perda de um membro da família. Trata-se de uma redução de nosso potencial. Estou experimentando a perda de alguém que nunca existiu, mas se trata de alguém que sempre sonhei conhecer um dia [...] (depoimento de uma mulher HIV positiva (DOSSIÉ PANOS, 1993).

A maternidade no contexto da epidemia de HIV/Aids e suas profundas implicações sociais e políticas envolvendo o campo reprodutivo que é o objetivo de extrema importância neste estudo, neste momento em particular em que todas as referências se voltam à assistência à saúde das mulheres HIV positivo no Brasil, no Maranhão, especificamente no Hospital Universitário Materno-Infantil.

Para nós, o objeto deste estudo é a gravidez de mulher HIV positiva, envolvendo-se de um lado a mulher grávida HIV positivo e o Recém-Nascido e, do outro lado, os profissionais de saúde que os assistem. É a problemática do HIV nestas mulheres envolvendo as ideologias de gênero e médicas que, a nosso ver, medeiam as relações entre estas mulheres grávidas e os serviços de saúde, como são percebidas e assistidas por estes profissionais.

Esta pesquisa se propõe a analisar o processo de assistência a estas mulheres com infecção pelo HIV e a influência sobre a vida das mesmas e seus produtos, particularmente no que diz respeito à maternidade. Considerando que a maioria das mulheres brasileiras com HIV está submetida a dramáticas condições de sobrevivência que afetam profundamente suas vidas, a assistência à sua saúde neste estado especial é delicada. Portanto, a atualização da discussão sobre os Direitos Reprodutivos neste campo é pertinente e urgente. A maioria das mulheres da população brasileira não só têm acesso precário a métodos de controle da fertilidade como também não se apoderam do “direito à reprodução”, ou seja, ser mãe por escolha, pelo desejo e pelo prazer de ter filhos e, principalmente, poder criá-los em condições materiais e afetivas dignas.

A epidemia de HIV/Aids, na proporção alarmante que cresce entre a população feminina, vem atualizando muitas questões relacionadas à reprodução e, conseqüentemente, à saúde reprodutiva. Um dos mais difíceis dilemas associados às decisões neste campo refere-se à maternidade no contexto da soropositividade ao HIV.

Até muito recentemente, a possibilidade das mulheres infectadas transmitirem o vírus para seus bebês era muito alta, sem falar que uma parcela

considerável delas era – e ainda é – diagnosticada apenas quando grávidas. O drama provocado por essa situação era agravado pelo fato de não se dispor, até então, de recursos terapêuticos que minimizassem o problema da transmissão mãe-filho. Porém, resultados animadores têm sido obtidos a partir do Protocolo ACTG 076 (administração de medicamento antirretroviral durante a gestação e o parto e, posteriormente, no recém-nato), com redução das taxas de transmissão vertical. Mesmo com as perspectivas mais animadoras na prevenção da transmissão vertical, o bebê é o alvo principal desta intervenção médica.

Que suporte está sendo oferecido – do ponto de vista médico, emocional e social – para as mulheres que se descobrem infectadas em meio a uma gestação? A pobreza que potencializa e agrava esse quadro, deixando poucas, às vezes nenhuma, possibilidade de opção para esta parcela da população brasileira, historicamente excluída do acesso e do exercício de 'direitos'. A diminuição de investimentos em políticas sociais, o que afeta particularmente o setor saúde. Esse quadro vem gerando drásticas consequências nos serviços públicos de saúde, o que se reflete, entre outros aspectos, na qualidade da assistência oferecida.

No campo das ideologias, os profissionais de saúde, especialmente os médicos, estão sujeitos a antigas, e por que não ultrapassadas, representações da medicina sobre o corpo e a sexualidade feminina, o que resulta em práticas assistenciais que não consideram as mulheres enquanto sujeitos, com direitos e desejos a serem considerados e respeitados. Na prevenção da transmissão vertical, o foco de preocupação continua sendo a criança, para quem se voltam todos os esforços “salvacionistas”. Isto sugere que a “mulher-reprodutora-mãe” deveria, mais uma vez, abdicar de si mesma para responder às necessidades e demandas da sociedade, do Estado, da família e dos serviços de saúde, reprodutores de uma ordem econômica, social e política injusta e excludente (VILELLA, 2001).

A gravidez, no contexto da infecção pelo HIV, é um tema que, comumente, gera discursos polêmicos e acalorados, especialmente entre profissionais de saúde. Presos e voltados, sobretudo aos riscos da transmissão perinatal do HIV, os profissionais de saúde justificam seus sentimentos de indignação ou de incompreensão quando uma mulher, sabidamente soropositiva, manifesta o desejo de engravidar ou chega grávida ao serviço de saúde.

Os profissionais de saúde se apóiam, sobretudo, na epidemiologia para justificar essa indignação e os programas chegam a subsumir a saúde reprodutiva à profilaxia da transmissão vertical, no contexto do HIV/Aids (VILELLA, 2001).

Ainda de acordo com Vilella (2001), tal racionalidade científica evidencia o risco da transmissão vertical do HIV. Entretanto, parece não determinar as decisões reprodutivas das pessoas soropositivas, como concluem alguns estudos. Pesquisas com mulheres soropositivas no Brasil indicam que cerca de 30 a 40% sabiam do seu diagnóstico de HIV antes de engravidarem.

Sobre a transmissão vertical do HIV, Paiva et al. (2002), demonstraram que, aproximadamente, 75% das mulheres e 50% dos homens tinham essas informações, embora a vontade de ter filhos não tivesse apresentado qualquer correlação significativa com o nível de informação.

Qualquer pesquisa que envolva incidência de uma determinada doença é marcada por dificuldades de toda ordem. Em se tratando do HIV, são clássicas e de fácil compreensão, três fatores ou dificuldades inerentes a esta doença e às normas. Em primeiro lugar é a notificação compulsória, que somente se faz da Aids propriamente dita ou do adoecimento, fato que só ocorre de 3 a 9 anos, contados a partir do contágio, portanto, o segundo fator por ordem de importância; a terceira barreira e mais difícil de ser vencida é aquela que diz respeito às políticas de assistência, que não são de acesso facilitado a todas as pessoas, são as distâncias e também lugares não atingidos por políticas e programas. É descaso e falta de maior empenho não só de políticos como também de profissionais em campanhas de conscientização que atinjam estas pacientes e as conduzam aos hospitais e casas de saúde ainda distantes do pleno adoecimento (COSTA, 1997).

A sexualidade humana tem seu auge nos anseios e descobertas que se esbarram na idade dos *teens*, onde o homem ou a mulher parecem não ter medo e, desta forma, envolvidos neste emaranhado de perigos que é o sexo inseguro, se contaminam e seguem contaminando outros, na maioria das vezes, por total desconhecimento. Portanto, é aqui neste ponto que paramos para imaginar qual futuro pode ser esperado por todos eles, ou elas, envolvidos nesta realidade que é de todos nós (UNICEF, 1991).

A nossa compreensão das leituras e do envolvimento com o tema nos faz temerosos só de imaginar o futuro, onde tantos personagens desta trama são

capazes, na maioria das vezes por desconhecimento, de contaminar e trazer para esta realidade nefasta tantos outros e outras, da mesma maneira, profundos desconhecedores dos perigos do sexo inseguro, muitas vezes, adolescentes ou em idade tão desprovida de medos e tão provida de anseios pelas descobertas e no auge da sexualidade humana (UNICEF, 1991).

É de conhecimento global que a adolescência é uma época da vida caracterizada por toda a sorte de mudanças, conflitos, descobertas, crescimento e desenvolvimento, manifestado por transformações não só físicas e hormonais, mas também de caráter social e psicológicas. Esta é, sem dúvida, uma época de crise, na qual este personagem da trama busca se adaptar a uma sociedade mais que dinâmica, passando por intensas mudanças, onde o jovem depara-se com uma quantidade impressionante de opções e possibilidades, abertas e expostas à exploração e à experimentação. É nesse emaranhado de dificuldades e transformações que eles descobrem a sexualidade, as drogas ilícitas e sem qualquer dúvida, um aumento das possibilidades e chances dos adolescentes adquirirem a infecção por HIV (UNICEF, 1991).

Portanto, para Varella (2000), enfatizar que muitos são os fatores apontados como possibilidades causadoras, e desencadeantes de DSTs e gravidez na adolescência, não é uma redundância. É neste período de transição, vivido pelo ser humano, repleto de transformações físicas e psíquicas, que se faz notar uma estrutura da personalidade verdadeiramente instável.

Considerando a TV e a perda de seguimento (PS) ainda como situações graves e alarmantes, principalmente aqui na região Nordeste do Brasil e, sabendo-se que, apesar de toda uma infraestrutura oferecida para a assistência plena destas mulheres e seus respectivos produtos, o cumprimento das normas não parece ser relevante. É por estes motivos que nos propomos a realizar esta pesquisa.

CAPÍTULO V

5 OBJETIVOS

Dada a importância dessas ações, foi realizado um estudo retrospectivo da condução dos casos de gestantes soropositivas para o HIV quanto à assistência no pré-natal, parto e seus recém-nascidos no Hospital Universitário Materno Infantil, hoje Centro de Referência no Maranhão para a melhor condução destas pacientes. O trabalho constou de um levantamento de todos os registros em prontuários de mães e recém-nascidos atendidos nesta instituição desde 2002, quando da implantação do Projeto Nascer Maternidades.

5.1 Objetivo geral

Como objetivo geral, a pesquisa avaliou o processo e resultados da assistência a mães soropositivas para o vírus HIV e a seus Recém-Nascidos atendidos na unidade materno infantil do HU-UFMA de 2002 a 2008.

5.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, a pesquisa:

- Descrever a distribuição por idade das gestantes portadoras do vírus HIV.
- Conhecer a qualidade da assistência prestada a gestantes portadoras do vírus.
- Conhecer os indicadores do processo e resultados do atendimento aos recém-nascidos do programa de assistência a gestantes soropositivas para vírus HIV.

CAPÍTULO VI

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Pacientes e métodos

Foi realizado um estudo transversal quantitativo na Maternidade do HUMI/UFMA em São Luís, Maranhão, instituição referenciada para gestantes de alto risco e portadoras de HIV, com serviço de pré-natal especializado e acompanhamentos aos recém-nascidos, junto ao sistema de arquivos e dados organizados da unidade, cujas instalações são destinadas aos usuários do SUS, sua fonte de recursos financeiros, formado por um conjunto de duas Unidades: Unidade Presidente Dutra e Unidade Materno-Infantil. Na Unidade Materno Infantil por ser também vinculada ao Ministério da Saúde, e se propõe a oferecer assistência à mulher e à criança e, para tanto, dispõe de vários serviços de atendimento; onde se destacam o Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco e o Ambulatório de Seguimento. Este ambulatório de seguimento ou “Follow up”, no caso do HIV, garante a continuidade da assistência prestada aos recém-nascidos egressos das enfermarias após o parto e à sua família, após a alta hospitalar por 18 meses.

A escolha desta Maternidade se deu pelo fato de ser responsável por aproximadamente 30.000 partos no período que corresponde aos anos de 2002 a 2008.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUPD – Universidade Federal do Maranhão, em Parecer Consubstanciado nº 3447/09, de 23 de setembro de 2009. Realizada em conformidade com as exigências da Resolução nº 196/96 – CNS e suas complementares.

Quanto a limitações do estudo ressaltou-se:

- O Sistema de Arquivo, que não possui espaço e pessoal disponível para que o pesquisador exerça suas atividades.
- Grande dificuldade encontrada na hora de identificar e separar os prontuários por conta do número reduzido de pessoal; números repetidos e prontuários diferentes das mesmas pacientes; prontuários de pacientes que foram a óbito ou mesmo que abortaram ou internaram na outra unidade e que, apesar de portadora do vírus HIV, não se inseriam na pesquisa.

6.2 A realização da investigação

O trabalho de avaliação do programa teve início em outubro de 2009. Como primeiro passo, o avaliador constituiu os procedimentos de implantação do programa segundo um desenho de avaliação “ex-post-facto”. O avaliador reconstituiu, retrospectivamente, a cadeia de implementação, a série histórica das ações e os resultados já obtidos até o momento de início do processo de avaliação.

O modelo de investigação utilizado se delineou como quantitativo. A abordagem quantitativa busca descrever significados que são inerentes aos objetos e atos, por isso é definido como objetiva; tem como característica permitir uma abordagem focalizada, pontual e estruturada.

6.3 Seleção de pacientes

Com base no livro de registros foram selecionados os números de prontuários para identificação e seleção de todas as mulheres positivas para o vírus HIV, atendidas na Maternidade do HUUFMA, por um período de sete anos, de 2002 a 2008. Nesse hospital ocorreram neste espaço de tempo determinado aproximadamente 33.000 partos. Desta forma, foram incluídas 178 gestantes HIV positivas. Foram coletados dados dos prontuários nos seguintes momentos:

- a) parturientes soropositivas e recém-nascidos expostos atendidos na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - Unidade Materno-Infantil no período de 2002 a 2008;
- b) recém-nascidos e lactentes expostos ao vírus HIV por transmissão-vertical em três momentos:
 - 48 horas para determinar se a profilaxia com AZT oral foi iniciada em tempo hábil;
 - Oito semanas para verificar o uso correto do AZT profilático por tempo suficiente;
 - E seis meses, para confirmar a transmissão vertical através da sorologia positiva anti-HIV.

6.4 Coleta de dados

Utilizou-se ficha-protocolo (Apêndice A) contendo os seguintes dados:

- a) data do parto, quando foi diagnosticado HIV/Aids, paridade, outros filhos com HIV/Aids;
- b) acompanhamento pré-natal: se existiu, se usou antirretroviral, antirretroviral utilizado;
- c) realização de testes para HIV/Aids: anti-HIV, teste-rápido, carga viral, momento do primeiro teste, quantidade e resultados;
- d) uso de AZT profilático: no trabalho de parto, recém-nascido, lactente;
- e) fatores obstétricos: via de parto, duração do trabalho de parto, tempo de ruptura das membranas;
- f) carga viral e contagem de CD4+ próximo ou no início do trabalho de parto;
- g) confirmação de soro conversão do lactente após seis meses.

6.5 A seleção

Os dados obtidos com as fichas-protocolos foram analisados para determinar:

- A população de referência: todas as gestantes atendidas no trabalho de parto na maternidade.
- A população do estudo, compreendeu todas as parturientes HIV positivo.
 - Foram avaliados os seguintes indicadores de processo: o risco de transmissão vertical pela relação entre o número de parturientes soropositivas e de lactentes que apresentaram sorologia positiva após seis meses de vida, analisando-se os fatores de risco e proteção;
 - Realizou Teste Rápido;
 - Entrou em trabalho de parto? Qual a duração?
 - Uso de AZT no trabalho de parto?
 - Via de parto utilizada?
 - Houve ruptura das membranas? Qual a duração?
 - Amamentou?
- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de pacientes que realizaram teste rápido;
 - Percentual de pacientes que realizaram teste anti-HIV no pré-natal;
 - Percentual de Pacientes que fizeram uso de TARV no pré-natal;
 - Percentual de gestantes que usaram AZT venoso antes do parto;
 - Percentual de pacientes com contagem de carga viral no pré-natal;
 - Percentual de gestantes que tiveram a contagem de carga viral como critério para a via de parto vaginal;
 - Percentual de gestantes em trabalho de parto com duração maior ou igual a 4 horas;
 - Percentual de gestantes com bolsa das águas rota por mais de 4 horas;
 - Percentual de puérperas que fizeram inibição da lactação.
 - Percentual de RNs amamentados durante o processo assistencial;
 - Percentual de RNs que receberam leite artificial em tempo hábil;

- Percentual de RNs que receberam AZT, solução oral;
- Percentual de gestantes que tiveram partos normais ou cesarianos.

▪ **Indicadores de Resultado:**

- O percentual de RNs expostos que fizeram soroconversão ou não.

6.6 Análise estatística

O parâmetro adotado para a avaliação do nível da assistência obedeceu aos seguintes pontos de corte: aceitável acima de 80%; insatisfatória de 40 a 79,9% e crítico se menor ou igual a 39,9% (SANTOS et al., 2010).

Após construção do banco de dados no programa Excel-2000; procedeu-se a análise estatística, com o uso de:

- a) tabelas de distribuição de frequências e cálculos de percentagens dos indicadores de processo e resultados da assistência;
- b) teste Qui-Quadrado (χ^2) de independência do programa Bioestatic 10.0 da Universidade Federal do Pará, realizando-se as seguintes tabulações:
 - Relacionar o percentual de RN soroconvertidos com gestantes em trabalho de parto com duração maior ou igual a 4 horas;
 - Relacionar o percentual de RN soroconvertidos com gestantes que apresentaram ruptura das membranas por um período maior ou igual a 4 horas;
 - Relacionar o percentual de RN soroconvertidos com o percentual de gestantes que realizaram o teste rápido, com o momento do diagnóstico para o HIV.

CAPÍTULO VII

7 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram dispostos em tabelas a seguir:

Tabela 1 - Idade materna das gestantes soropositivas para o HIV, atendidas no HUMI – UFMA. São Luís, Maranhão, 2002-2008.

Idade (<u>anos</u>)	f	%
< 20	26	15,00
20 a 29	116	65,00
≥ 30	36	20,00
Total	178	100,00

Na Tabela 1 observou-se um grande percentual de grávidas, jovens e soropositivas para o HIV, com 15% (26) com menos de 20 anos; 65% (116) entre 20 e 29 anos e 20% (36) maiores de trinta anos.

Tabela 2. Indicadores do processo da atenção à saúde oferecida às gestantes soropositivas para o HIV atendidas no HUMI – UFMA. São Luís, Maranhão, 2002 - 2008.

Indicadores	f	%
I - Momento do diagnóstico do HIV		
No atendimento ao Trabalho de Parto (Teste Rápido)	40	22,47
No Pré-Natal	47	26,40
Antes da Gravidez	91	51,12
II - Uso de TARV no pré-natal		
Uso Exclusivo de AZT	84	47,19
Uso de AZT Combinado	41	23,03
Sem TARV	53	24,78
III - Uso de AZT no trabalho de parto		
Sim	174	97,75
Não	4	2,25
IV - Contagem de carga viral		
≤ 1000 Colônias	2	1,12
> 1000 Colônias	16	8,99
Sem contagem de carga viral	160	89,89
V - Trabalho de parto e sua duração		
≤ 4 horas	73	41,01
> 4 horas	29	16,29
Não entraram em trabalho de parto	76	42,70
VI – Ruptura da bolsa das águas		
< 4 horas	4	2,25
≥ 4 horas	19	10,67
Não houve ruptura das membranas	155	87,08
VII – Inibição da lactação		
Sim	175	98,31
Não	3	1,69

Legenda: TARV = Tratamento Antirretroviral, CCV = Contagem de Carga Viral; AZT= Zidovudine.

Os resultados da Tabela 2 demonstraram que no momento do atendimento ao trabalho de parto, 40 (22,47%) realizaram teste rápido para diagnóstico do HIV; 47 (26,40%) teste Elisa e 91 (51,12%) tiveram HIV detectado antes da gravidez.

No que diz respeito ao uso de TARV, ~~foi identificado~~ 125 (70,22%) fizeram uso no pré-natal, sendo que 84 (67,20%) fizeram uso exclusivo de AZT e 41 (23,03%) ~~com~~ uso de AZT combinado. ~~Entretando,~~ 53 (24,78%) não fizeram uso de TARV.

No atendimento ao trabalho de parto, 174 (97,75%) fizeram uso de AZT e, 4 (2,25%) não fizeram qualquer medida profilática.

Considerando se a contagem da carga viral, foi observado que 18 (10,11%) realizaram o procedimento, onde 2 (1,12%) apresentaram carga viral menor ou igual a 1000 colônias e 16 (8,99%) tiveram carga viral superior a 1000 colônias; 160 (89,89%) não realizaram este exame durante a assistência.

No que tange aos resultados sobre trabalho de parto e sua duração, foram encontrados 102 (57,30%) em trabalho de parto, onde 73 (41,01%) tiveram duração maior ou igual a 4 horas e, em 29 (16,29%), a duração foi menor que 4 horas; 76 (42,70%) não entraram em trabalho de parto.

Em se tratando da ruptura da bolsa das águas, ficou constatado que 23 (12,98%) apresentaram ruptura das membranas, onde 19 (10,67%) as romperam por um tempo maior ou igual a 4 horas e 4 (2,25%), há menos de 4 horas; 155 (87,08%) não apresentaram ruptura das membranas.

Quanto à lactação, 175 (98,31%) tiveram lactação inibida e 3 (1,69%) não a fizeram.

~~Todas as puérperas receberam leite artificial.~~

Tabela 3. Indicadores da atenção [à saúde](#) dos Recém-Nascidos de mães soropositivas para o HIV, HUMI – UFMA. São Luís, Maranhão, 2002-2008.

Indicadores	f	%
I – De Processo		
Leite Artificial		
Sim	178	100,00
Não	-	-
Administração de TARV		
Sim	178	100,00
Não	-	-
II – De Resultado		
Soroconversão		
HIV Positivo	11	6,18
HIV Negativo	102	57,30
Total Geral	178	100,00

Legenda: TARV = Terapia Antirretroviral; RN = Recém-Nascido.

Os resultados da Tabela 3 demonstraram, nos indicadores de processo, que todos os recém-nascidos foram alimentados com leite artificial e fizeram a terapia antirretroviral. Quanto ao indicador de resultado, constatou-se que 11 (6,18%) [dos](#) recém-nascidos apresentaram [soroconversão](#) (HIV-positivo); 102 (57,30%) [não tiveram](#) soroconversão (HIV-negativo) e 65 (36,52%) foram perda de seguimento. Descartando-se as perdas de seguimento, a taxa de soroconversão seria de 9,7%, dividindo-se 11 [positivos](#) pelo total de seguidos, [que foi](#) 113.

Tabela 4. Fatores associados à soroconversão dos Recém-Nascidos ao vírus HIV, atendidos no HU-UFMA, 2002 a 2008.

Fatores Associados	HIV Positivo		HIV Negativo		p
	f	%	f	%	
I – Momento do diagnóstico (Teste rápido)					
No Atendimento ao TP	10	31,25	22	68,75	< 0,001
Antes ou Durante o PN	1	1,23	80	98,77	
II – Uso de TARV no pré-natal					
Combinado	0	0,00	33	100,00	0,015
Somente AZT	5	9,44	48	90,56	
Não utilizou a terapia	6	22,22	21	77,78	
III - Ruptura da bolsa das águas ≥ 4 horas					
Sim	8	42,11	11	57,89	< 0,001
Não	3	3,30	91	96,70	
IV – Trabalho de parto ≥ 4 horas					
Sim	10	23,81	32	76,19	< 0,001
Não	1	2,44	70	97,56	
V – Tipo de parto					
Cesariana	6	6,45	87	93,55	0,011
Normal	5	25,0	15	75,00	
Total Geral	11	100,00	102	100,00	

Legenda: TP = Trabalho de Parto; PN = Pré-Natal, TARV = Terapia Antirretroviral, AZT= Zidovudine.

Os resultados da Tabela 4, [demonstram que foram fatores associados à soroconversão: diagnóstico tardio realizado no atendimento ao trabalho de parto, falta de uso de TARV, ruptura da bolsa das águas ≥ 4 horas, trabalho de parto prolongado e parto normal.](#)

CAPÍTULO VIII

8 DISCUSSÃO

O percentual de jovens grávidas (15%), atendidas, no Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, de 2002 a 2008, foi semelhante ao observado em outros estudos. Segundo o Ministério da Saúde, adolescentes de 10 a 19 anos de idade corresponderam a 22% dos cerca de 668 mil partos ocorridos em 2003. A partir de 2004 nota-se uma pequena tendência de queda da gravidez na adolescência nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, e uma relativa estabilidade no Norte e Nordeste (BRASIL, 2007b).

O segmento populacional de pacientes adolescentes com menos de 19 anos requer maior atenção, não somente em relação à maior frequência de complicações relacionadas à gestação, como também pela necessidade de se estruturarem diante desta nova situação de vida e de responsabilidades.

Neste grupo de mulheres mais carentes de atenção, apesar da possível maturidade funcional, questiona-se a maturidade emocional em tão tenra faixa etária. Este percentual é coerente, apesar de uma amostra bem menor, em relação ao Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

As controvérsias existentes, quando falamos da incidência e problemas do HIV/Aids em adolescentes, no Maranhão e no Brasil. Para Costa (1997), são três importantes fatores que impedem ou interferem negativamente em pesquisa que busque identificar e atribuir valores de incidência de tão grave ameaça mundial.

O primeiro fator diz respeito à notificação compulsória somente dos casos de adoecimento;

O segundo fator refere-se ao tempo decorrido entre a infecção e o adoecimento, onde o paciente deixa de ser somente soropositivo e passa a ser portador da síndrome da imunodeficiência adquirida. Um período que pode variar de 6 a 9 anos entre o contágio e a doença, assim tornando de fácil entendimento a frase: “se não estou doente não tenho com que me preocupar”;

O terceiro fator diz respeito:

[...] ao descaso público, as políticas de assistência que não chegam a todas as pessoas e a todos os lugares, faltam maiores empenhos por políticos e também por profissionais nas campanhas de conscientização e prevenção das DSTs, o difícil acesso que esta população envolvida tem a serviços públicos já doentes e a informações pertinentes (COSTA, 1997).

A compreensão do tema a partir de leituras e do convívio com pacientes soropositivos faz temerosos toda a classe de profissionais da saúde, imaginando o futuro, onde outras pessoas, na maioria das vezes por desconhecimento dos perigos do sexo inseguro em idade tão desprovida de medos e tão provida de anseios pelas descobertas, no auge da sexualidade humana, possa fazer parte dessa estatística (UNICEF, 1991).

A adolescência é mundialmente conhecida como um período da vida caracterizado por mudanças, conflitos, descobertas, crescimento e desenvolvimento, com transformações físicas, hormonais, sociais e psicológicas, gerando, sem dúvida alguma, um estágio repleto de crises, em que o jovem busca colocar-se em um meio social dinâmico, no qual encontra grande quantidade de opções e possibilidades, abertas a exploração e ao experimento.

É nesse emaranhado de dificuldades e transformações que se encontram as descobertas da sexualidade, as drogas ilícitas e sem dúvida alguma, um aumento das possibilidades e chances dos adolescentes adquirirem a infecção por HIV (UNICEF, 1991).

Diante do exposto, não se torna repetitivo afirmar que muitos são os fatos causadores das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, associado a uma estrutura instável da personalidade.

Varella (2000), afirmou que muitos são os fatores apontados como possibilidades causadoras, e desencadeantes de DSTs e gravidez na adolescência. É nesse período de transição, vivido pelo ser humano, repleto de transformações físicas e psíquicas, que se faz notar uma estrutura da personalidade verdadeiramente instável.

Podemos ainda adicionar como outro fator: “[...] a imensa exposição a estímulos na área sexual, a que as crianças se encontram diuturnamente e que as orientam a gerar respostas e atitudes muito precoces neste campo” (VARELLA, 2000).

Faixa etária que propicia uma gestação mais saudável e, na maioria das vezes, sem muitas complicações. A pesquisa registrou 65 % nessa faixa etária, coincidente com os dados literários que independe da enfermidade em estudo, pois a despeito do HIV ou quaisquer outras doenças, essa é a faixa etária considerada ideal para gestar e parir (REZENDE e MONTENEGRO, 2005).

Para Rezende e Montenegro (2005), a maioria das gestações e partos de maior risco, “[...] com predisposição a doenças relativas a própria idade: hipertensão, diabetes, diabetes gestacional, anomalias genéticas; carecem de assistência mais cuidadosa para a diminuição dos riscos e complicações.”

A pesquisa apresentou na faixa etária acima de 30 anos, um total corresponde a 20% da população estudada, valor que não contraria os dados literários publicados.

Para Brasil (2005), a faixa etária materna não deve ser considerada um fator meramente biológico, que isoladamente pode acarretar complicações para a mãe e o concepto.

Mais importante do que a idade, seriam as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto. Fato explícito quando o Ministério da Saúde estabelece como fatores de risco para a gravidez, as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) estabelece o mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005a).

A maior frequência de visitas no final da gestação visa a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre: trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, ruptura prematura das membranas e óbito fetal. “O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério” (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde recomenda:

[...] a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal”. Enfatiza a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional. A repetição da sorologia para HIV, ao longo da gestação ou na admissão para parto, deverá ser considerada em situações de exposição constante ao risco de aquisição do vírus ou quando a mulher se encontra no período de janela imunológica (BRASIL, 2004b).

Por outro lado, “[...] oferecer a sorologia anti-HIV para essas pacientes é dever do profissional e direito da paciente, conforme determinado pelas recomendações do Projeto Nascer” (BRASIL, 2002b) e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2004b).

As recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes têm como principal objetivo a redução da transmissão vertical do vírus, sendo o pré-natal uma oportunidade para o diagnóstico; além dos procedimentos técnicos recomendados. A assistência demanda cuidados especiais para a abordagem do diagnóstico (BRASIL, 2000; MINKOFF, 2003; BRASIL, 2006b).

Sobre o perfil das gestantes investigadas (Tabela 2), no que se refere ao momento do diagnóstico do HIV (antes da gravidez, no Pré-natal e no trabalho de parto), com 100% da população conhecedora da condição sorológica. Os resultados são considerados aceitáveis, com uma cobertura dos diagnósticos compatíveis [com as recomendações do Ministério da Saúde \(BRASIL, 2002c\). O diagnóstico tardio, realizado no atendimento ao trabalho de parto foi de 22,5%, percentual elevado,](#) portanto, crítico para as normas recomendadas.

A partir de 1994, com a publicação dos resultados do Protocolo/Aids Clinical Trial Group (ACTG 076), “Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency vírus”, surgiu a possibilidade de se estruturar intervenção eficaz e específica para a redução da transmissão vertical do HIV, com recomendações para o uso do AZT no binômio mãe e filho (BRASIL, 2002c; CONNOR, 1994).

Embora haja, no Brasil, disponibilidade de testes e medicação profilática, as crianças continuam a ser infectadas. Isso se deve ao fato de que muitas mulheres chegam às maternidades, sem assistência pré-natal, e mesmo com a assistência nesse período, a cobertura do teste para a infecção pelo HIV durante o pré-natal

está abaixo de 40%. Dessa maneira, para a maioria das mulheres soropositivas, a única oportunidade de terem acesso ao aconselhamento, ao teste para a pesquisa e ao tratamento quimioprolático da transmissão vertical é por ocasião da internação para o parto (BRASIL, 2004a). [Neste estudo, 77,5% das mulheres soropositivas tiveram seu diagnóstico realizado antes ou durante o pré-natal.](#)

Apesar de não ser o momento ideal, não se deve negar à mulher a oportunidade de ter acesso ao diagnóstico e de fornecer o tratamento adequado ao recém-nascido, estando tal terapia disponível e podendo reduzir significativamente a chance de infecção fetal pelo HIV (GUERRA et al., 2002).

Sobre o diagnóstico por teste rápido (22,5%), condição crítica, pois o percentual ainda é muito elevado, apesar de parecer pequeno em relação às pacientes com conhecimento sorológico prévio. Destacou-se, contudo, sua grande importância para permitir que todas as gestantes sem diagnóstico do HIV o tivessem no momento do ingresso na maternidade, de caráter satisfatório para o Ministério da Saúde.

A cobertura do diagnóstico no pré-natal somado ao conhecimento prévio do perfil sorológico das pacientes envolvidas (77,52%), o conjunto seria aceitável. Mas, isoladamente, temos uma cobertura no período que antecede o parto inferior a 79,9%, portanto de caráter insatisfatório.

A gravidez no contexto da infecção pelo HIV é um tema que, via de regra, gera discursos polêmicos e acalorados, especialmente entre profissionais da saúde; baseados, sobretudo nos riscos da transmissão perinatal do HIV. Os profissionais de saúde justificam seus sentimentos de indignação ou de incompreensão quando uma mulher, sabidamente soropositiva, manifesta o desejo de engravidar ou chega grávida ao serviço de saúde. Tal racionalidade científica evidencia o risco da transmissão vertical do HIV, entretanto, parece não determinar as decisões reprodutivas das pessoas soropositivas, como concluem alguns estudos (KLINE et al., 1995).

Segundo Paiva et al. (2002), pesquisas com mulheres soropositivas, no Brasil, indicam que cerca de 30 a 40% delas sabiam do seu diagnóstico de HIV antes de engravidarem, fato coerente com os resultados da pesquisa, onde o percentual foi de 51,12%. Em relação às informações sobre a transmissão vertical do HIV, Paiva et al. (2002) também cita que aproximadamente 75% das mulheres e

50% dos homens tinham essas informações, embora a vontade de ter filhos não tivesse apresentado qualquer correlação significativa com o nível de informação.

O risco da transmissão vertical do HIV pode ser considerado um discurso técnico reinterpretado pelos usuários dos serviços (BOLTANSKY, 1984).

Sobre a Terapia Antirretroviral, ressaltando que das metas do protocolo de atendimento estabelecido pelo Ministério da Saúde, foi satisfatório ou aceitável no parâmetro relativo ao uso de AZT (97,5%) quando do atendimento ao trabalho de parto e insatisfatório no que se refere ao uso do TARV durante o pré-natal (70,22%), e crítico no que diz respeito às mulheres sem qualquer terapia antes e durante o atendimento ao trabalho de parto (2,25%).

Para Sperling et al. (1996), nos Estados Unidos, demonstrou que a transmissão vertical do HIV sem qualquer intervenção situa-se por volta de 30% e poderia ser reduzida em 66%, pelo uso de Zidovudine a partir da 14ª semana de gestação, no momento do parto por via venosa e pelo recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida, por via oral (Protocolo ACTG 076).

Segundo Wade et al., (1998), em seus trabalhos sobre redução da transmissão vertical do HIV com o uso de AZT por períodos mais curtos. A taxa de transmissão vertical seria de 6,1% a partir do pré-natal; 10% a partir do parto e 9,3% com o uso só do RN nas primeiras 48 horas de vida, e que aumentaria para 18,4% se o RN só recebesse a Zidovudine a partir do terceiro dia de vida.

No Brasil, o Protocolo ACTG 076 é utilizado desde 1996, com destaque aos números alcançados por alguns locais e programas: o Programa de Assistência Integral a Gestante com HIV da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e taxa de transmissão vertical de apenas 1,6% (NOGUEIRA et al., 2001).

Em um grupo de 111 crianças expostas de mães que receberam terapia tripla, não ocorreram casos de transmissão vertical (SUCCI, 1998).

É válido mencionar os pesquisadores e seus esforços em avaliar protocolos alternativos ao ACTG 076, que têm por base o uso de Zidovudine, tais como: uso de Nevirapina em dose única para a gestante e recém-nascido; uso de Zidovudine/Lamivudine para a gestante, e outras associações entre protocolos.

Cooper et al. (2002) estudando 1.542 gestantes soropositivas para HIV, constataram menor taxa de transmissão vertical, com o uso de terapia antirretroviral, incluindo inibidor de protease (1,2%).

A TARV reduziu de 80% a 98% a transmissão heterossexual entre casais discordantes (CASTILHA et al., 2005; MALAMBA et al., 2005), o que é compatível com a correlação positiva entre a carga viral de HIV plasmática e vaginal. No entanto, existe a possibilidade de se encontrar o vírus no trato genital, mesmo quando é indetectável no plasma, um fenômeno conhecido como compartimentalização (DEBIAGGI et al., 2001; ANDREOLETTI et al., 2003).

Embora o uso consistente de preservativo seja recomendado para evitar a exposição a novas variantes genotípicas de HIV ou vírus resistente de um dos parceiros, mesmo em casal concordante, há uma adesão inconsistente a esta recomendação. Assim, o conhecimento sobre a compartimentalização genital pode ser um componente importante nas mensagens preventivas de transmissão heterossexual (GARCIA-BUJALANCE et al., 2004).

Identificou-se o RNA-HIV vaginal quando a carga plasmática estava indetectável em gestantes infectadas pelo HIV. Da mesma forma, “[...] a compartimentalização do HIV também poderia ter importância na definição de via de parto, particularmente perante protocolos que recomendam parto vaginal para as mulheres infectadas pelo HIV com carga viral plasmática abaixo de 1000 cópias” (GARCIA-BUJALANCE et al., 2004; BRASIL, 2007b).

Tem sido utilizado o ponto de corte em 1.000 cópias/ml para identificar carga viral plasmática baixa o suficiente para permitir parto por via vaginal” (GARCIA- BUJALANCE et al., 2004).

O limite seria de 1.500 cópias para risco de transmissão sexual (QUINN et al., 2000). Dados insuficientes para definir a carga viral vaginal considerada de baixo risco para transmissão vertical e horizontal. Achados sugerem ser necessário explorar melhor o comportamento biológico da carga viral vaginal em mulheres infectadas pelo HIV e os fatores a ela relacionados. Estudo que avaliou os fatores associados à detecção de RNA-HIV livre em lavado vaginal de mulheres não grávidas.

Quanto a contagem de carga viral e CD4, constatou-se total discordância com a norma e protocolos de atendimento onde a recomendação do esquema TARV baseia-se na idade gestacional, na contagem de linfócitos CD4+ e carga viral, e no uso anterior de TARV – os cenários definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Os valores alarmantes na presente pesquisa, dizem respeito a contagem de

carga viral (10,11%) documentada no último trimestre, assumindo um caráter de análise crítico. Agravando-se quando se trata dos únicos 2 partos normais, os quais apresentaram valores abaixo de 1000 colônias e, mais que 90% da mesma modalidade de parto, não apresentaram qualquer exame de carga viral e contagem celular ou apresentara carga viral acima de 1000 colônias.

Para Ruocco (2001), muitos trabalhos que se referem a transmissão vertical do HIV apontam como maior risco de contaminação fetal a exposição ao vírus no trabalho de parto e parto propriamente dito, sem, contudo, haver um conhecimento exato do seu mecanismo; muitos fatores têm sido considerados em avaliações, destacando-se a via de parto. No final do século passado (anos noventa), as pesquisas relataram dados estatísticos envolvendo mais de 7800 pares de mães-crianças, apontando para uma relação significativa entre a via de parto e a transmissão vertical do vírus. Destaca ainda que evidências, principalmente antes do uso de antirretrovirais muito mais ativos e sem exames de carga viral materna, mostravam que a cesariana eletiva comparada ao parto normal e cesariana de urgência reduzia a probabilidade da transmissão do HIV, também observado em mulheres, fazendo uso ou não de AZT, submetida à cesárea eletiva.

Na ausência do antirretroviral, o risco da transmissão é de aproximadamente de 25%. Porém com o uso de AZT é reduzido para 5-8%. O AZT com a cesárea eletiva diminui para aproximadamente 2%, e um percentual semelhante também é observado naquelas mulheres com carga viral inferior a 1000 cópias/ml, mesmo quando a cesariana eletiva não é prática sistemática. Até o momento, nenhuma combinação de terapias garante que o RN não será infectado. O advento de novos tratamentos também, não comprova que a cesárea eletiva reduz a transmissão vertical das grávidas com carga viral indetectável (RUOCCO, 2001).

Não há dados bibliográficos suficientes para se estabelecer definitivamente quanto tempo após o início do trabalho de parto, ou da rotura das membranas, se perderia o benefício da cesariana.

As normas do Ministério da Saúde demonstraram que quanto mais tempo durar o trabalho de parto, e a ruptura das membranas (mais de 4 horas), maior será a transmissão, e é evidente, no entanto, que a morbidade materna da paciente HIV positiva, como de qualquer gestante, é maior com a cesárea, comparada ao parto

vaginal. Mas o aumento da morbidade pós-parto parece ser maior entre aquelas com baixa contagem de linfócitos CD4 (BRASIL, 2005a).

Sobre o trabalho de parto (57,30%), ruptura das membranas (12,98) e inibição da lactação (98,31%), e respectivamente aquelas com trabalho de parto, ruptura das membranas com mais de 4 horas (71,57%); (82,61%). Valores considerados inaceitáveis ou críticos (mais de 71,57%) de todas as gestantes atendidas em trabalho de parto com duração acima de 4 horas e (82,61%) com ruptura das bolsas com mais de 4 horas. O mesmo não ocorrendo com respeito a inibição da lactação que atingiu um percentual de 98,31%, aceitável.

Não é redundante mencionar que a inibição da lactação o uso de leite artificial com respectivamente (98,31%) e (100%), são valores considerados satisfatórios e em plena concordância com as recomendações do Ministério da Saúde e publicações (BRASIL, 2000; MINKOFF, 2003; BRASIL, 2006b).

Em se tratando da via de parto com ou sem acompanhamento pré-natal foi identificado respectivamente que 14,04% e 12,92%, cesariana e normal sem acompanhamento PN e 73,04% o fizeram, como constatado nos prontuários em análise, determinando-se um caráter insatisfatório para as recomendações (BRASIL, 2000; MINKOFF, 2003; BRASIL, 2006b).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) enfatiza que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005a).

Se concluirmos que todos os avanços médicos caminham para a profilaxia e o acompanhamento pré-natal é a prova mais completa de tal afirmação. Sabe-se que a soro conversão é muito maior na ausência da assistência. Apesar da existência de trabalhos que demonstram que a redução no número tradicional de consultas de pré-natal não se associa a resultados adversos maternos ou perinatais, como pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, mortalidade materna ou baixo peso ao nascer. Isto demonstra que o importante não é a quantidade de consultas, mas, sim, a qualidade da atenção pré-natal (CARROLI et al., 2001). Portanto, o “não” ao pré-natal é o total descaso com o HIV.

Em relação a frequência das consultas do pré-natal menor que o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, subtrai-se a justificativa de validade do

acompanhamento pré-natal em toda a sua disposição de consultas, exames e uso de TARV e parto programado como medidas profiláticas da transmissão vertical (BRASIL, 2003e).

Resende (2005) cita que nas recomendações clássicas da obstetrícia para o acompanhamento pré-natal, “[...] toda gestante deverá comparecer mensalmente ao pré-natal até o sétimo mês de gestação, e no oitavo mês, o intervalo das consultas deverá ser em quinzenas, e uma vez por semana no nono mês”. Portanto, é evidente que uma gestante deveria realizar de 12 a 14 consultas em toda a sua assistência até o parto. Aqui, se considerando a gestante infectada pelo HIV como especial, esperava-se que esta meta fosse atendida, podendo existir casos em que estas consultas fossem até mais frequentes. Isto seria muito além das recomendações básicas do Ministério da Saúde.

Na análise dos indicadores de processo (Tabela 3), todos os RNs foram nutridos com leite artificial e fizeram a terapia com AZT isto representa um caráter extremamente satisfatório, porém o mesmo não pode ser afirmado quanto ao indicador resultado, constatou-se que (6,18%) HIV+, (57,30%) HIV- e a grande quantidade (36,52%) de RNs catalogados como perda de seguimento. Caráter crítico para as normas ministeriais, pois, são expostos sem perfil sorológico conhecido, sem saber se foram amamentados, e sem qualquer ação em registros declarada com a finalidade de busca e aferição dos mesmos, portanto, discordância acentuada das metas a serem atingidas no que se refere a normas de contenção da transmissão vertical (BRASIL, 2010).

Em se tratando de recém-nascidos, com e sem soroconversão e perda de seguimento, tomando como base a probabilidade de soroconvertidos em perda de seguimento e desconsiderando-se as perdas de seguimento, a taxa de soroconversão seria de 9,7%, dividindo-se 11 positivos pelo total de seguidos que é 113, taxa esta considerada crítica onde já se fala de 0% (BRASIL, 2010).

Em se tratando dos fatores associados a contaminação do RN exposto (Tabela 4), considerando as relações entre o uso de TARV no pré-natal, trabalho de parto ≥ 4 horas e tipo de parto, na relação com o diagnóstico positivo ou negativo para o HIV em RNs expostos. Os valores definiram (HIV+ ou HIV-) dependentes, do uso da terapia no pré-natal, da duração do trabalho de parto e do tipo de parto

realizado, e a soro conversão ou não, dependente do momento da realização do teste para o diagnóstico do HIV e do tempo maior ou igual a 4 horas decorrido entre o momento da ruptura das membranas e o parto.

Em se tratando da duração do trabalho de parto, baseado nas atuais recomendações do Ministério da Saúde, podemos afirmar que os dados relatados na pesquisa sobre recém-nascidos soroconvertidos são estatisticamente dependentes da duração do trabalho de parto, o que vale dizer que o maior número de RNs HIV positivos tem uma relação direta com a duração do trabalho de parto com mais de 4 horas.

A continuidade de pacientes em trabalho de parto prolongado e com ruptura das membranas com mais de quatro horas, e recém-nascidos fazendo soroconversão, guardam estreita dependência, contrariando, assim, as recomendações do programa de prevenção oficial do Ministério da Saúde; o que indica, portanto, que ainda chegam à maternidade portadoras de patologia tão grave em trabalho de parto e membranas rotas por tanto tempo.

A rotura das membranas ovulares em grávidas HIV positivo é tema de vasta discussão por estudiosos e publicados em literatura internacional. Minkoff et al. (1995), de janeiro de 1986 a janeiro de 1991, nos Estados Unidos, estudaram 127 mulheres com o vírus HIV e rotura prematura de membranas ovulares. Demonstraram, assim, a ocorrência de maior taxa de transmissão de acordo com o tempo de rotura e o nascimento. Estes autores observaram que quando o tempo de bolsa rota era menor que quatro horas, a taxa observada foi de 18,9% e de 11,8% (com CD4 alto e baixo, respectivamente). Se o intervalo da ocorrência da rotura das membranas e o parto eram entre 4 e 8 horas, a taxa se elevava significativamente para 26,1% e 50%, enquanto que, se o tempo era maior que 8 horas, as taxas permaneciam inalteradas (entre 20% e 54,5%), concordando com os dados da pesquisa.

Os estudos, Colaborativo Europeu e o Coorte Francês, analisados por Mandelbrot et al. (1996), realizados entre os anos de 1985 e 1993, totalizando 1632 mulheres, concluíram que, em 26,9% ocorreu a rotura de membranas. A taxa de transmissão com bolsa rota foi de 23,8% comparado a 17,8% sem a rotura de membranas. A taxa de transmissão vertical também era mais alta quando o tempo de bolsa rota era maior que 12 horas. É válido lembrar que nestes estudos a

terapêutica antirretroviral não foi aplicada, demonstrando a transmissão vertical "natural" do HIV.

Popek et al. (1997) estudaram a bolsa rota associada à corioamnionite como fator de aumento à taxa de transmissão, quando a ocorrência da bolsa rota era menor que 4 (quatro) horas, na presença ou não de corioamnionite, a transmissão foi de 6%; quando o tempo decorrido entre a rotura e o parto era maior que 4 (quatro) horas, mas sem corioamnionite, era de 5%, porém existindo corioamnionite com o tempo maior que 4 (quatro) horas, a taxa era tão alta que chegou a percentuais de 38%.

A taxa de prevalência do HIV na população brasileira vem se mantendo em um patamar constante, o que indica o impacto positivo das ações para o controle da epidemia. A taxa de prevalência entre as parturientes soropositivas para o HIV nessa mesma população, em 2004, foi estimada em 0,41% (IC 95%: 0,29 - 0,53%). A prevalência de gestantes HIV positivo na população estudada foi de 0,005% (IC 95%: 0,001- 0,010%) (BRASIL, 2006f).

De acordo com o MS, “[...] a Transmissão Vertical foi responsável por, pelo menos, 85% dos casos de Aids em crianças de 1994 a 2005” (BRASIL, 2005a). Ao término dos anos 90 foi calculado que “[...] havia aproximadamente 15.000 partos de mães com HIV positivo, mas, somente 20% delas tinham recebido acompanhamento” (BRASIL, 2005b).

A redução da transmissão vertical está entre as prioridades do Programa de DST/Aids Nacional Brasileiro (PNDST/Aids) do Ministério Brasileiro de Saúde: Incentivo ao pré-natal em gestantes HIV positivo, como também medicamento profilático gratuito para todas as mulheres grávidas com HIV positivo, aos seus RNs, foi implementado no Brasil em 1995.

Apesar das intervenções preconizadas terem, reconhecidamente, causado grande impacto na redução do HIV, esta permanece elevada no Brasil, devido à baixa cobertura das ações recomendadas (Brasil, 2006b), com percentuais muito maiores que a taxa de TV atualmente publicada pela literatura nacional e internacional que se situa entre 0% e 2% (MOFENSON, 2003; BERNARDON et al., 2005; PETRY, 2005; FOSTER e LYALL, 2006; MANAVI, 2006; SOLIS et al., 2006; BRASIL, 2007b; VOLMINK et al., 2007; CHIGWEDERE et al., 2008; SAHARAN et al., 2008).

Teste Rápido é sempre realizado no atendimento ao trabalho de parto em pacientes sem acompanhamento pré-natal e sem TARV. É justificável a presença maior da soroconversão e perda de seguimento, onde a única oportunidade dos cuidados e medidas profiláticas da transmissão vertical foi neste momento ou no atendimento ao trabalho de parto (CONNOR et al., 1994).

Para Sperling et al. (1996), a taxa de transmissão vertical seria de 6,1% com o uso de TARV a partir do pré-natal; com o uso só a partir do parto, seria de 10,0%; de 9,3% se o uso fosse só do RN nas primeiras 48 horas de vida e que aumentaria para 18,4% se o RN só recebesse a Zidovudine a partir do terceiro dia de vida.

A mulher deve ser sempre informada sobre a importância de se iniciar o uso de AZT oral após a 14^a semana de gestação e sobre a possível necessidade de se instituir o uso de TARV combinado, o que será estabelecido após criteriosa avaliação clínica e laboratorial individual (contagem de CD4 e Carga Viral). Além disso, deve ser ressaltada a necessidade do uso de AZT injetável durante o parto e o uso de AZT solução oral pelo RN durante as seis primeiras semanas de vida, por 42 dias (BRASIL, 2006b).

CAPÍTULO IX

9 CONCLUSÃO

As experiências internacionais e brasileiras são unânimes em afirmar que a aplicação das recomendações para a profilaxia da TV do HIV associadas à terapia antirretroviral tem se mostrado significantes na proteção do RN exposto, ou seja, tem demonstrado que é possível se reduzir a transmissão do HIV de mãe para filho enquanto gestante e puérpera.

Neste estudo do processo de atendimento à grávida HIV positivo e seu produto, onde se faz valer as normas do Projeto Nascer, é válido mencionar que os maiores problemas se fazem presentes nos assuntos referentes a diagnóstico e manejo clínico, enquanto que as ações terapêuticas, em alguns momentos, nos pareceram aceitáveis e concordantes com as recomendações do Ministério da Saúde.

A análise dos resultados referentes ao diagnóstico do HIV constatou que 51,12% destas gestantes já conheciam seu perfil sorológico muito antes de gestar; aproximadamente 26,40% tiveram o diagnóstico sorológico na gravidez e 22,47% só tiveram a oportunidade do diagnóstico na hora do atendimento ao parto. Os resultados são considerados aceitáveis, com uma cobertura de 100% dos diagnósticos. Contudo, o diagnóstico no pré-natal somado ao conhecimento prévio da condição sorológica das pacientes aqui envolvidas foi de 77,52%, o conjunto seria aceitável mas, isoladamente, temos uma cobertura do diagnóstico no período que antecede a gravidez inferior a 79,9%, portanto de caráter insatisfatório e 22,47% com diagnóstico no atendimento e possivelmente sem qualquer acompanhamento durante a gravidez e, por conseguinte, com maiores possibilidades de ter produtos soroconvertidos.

Em se tratando da TARV no pré-natal, 125 pacientes (70,22%) o fizeram, dado insatisfatório e crítico para as 04 (2,25%) sem uso de qualquer TARV em todo o processo de atendimento. Contudo, no manejo do parto em si, encontramos 100% de gestantes com uso de AZT neste momento do processo, portanto satisfatório.

Em relação à contagem de carga viral e CD4, do total de parturientes investigados, apenas 18 (10,11%) realizaram o procedimento; 2 (11,11%) apresentaram carga viral inferior a 1000 colônias e 16 (88,89%) apresentaram carga viral superior a 1000 colônias. Neste momento do atendimento a conclusão é crítica, não se justificando tantos partos normais sem carga viral inferior a 1000 colônias, assim como no manejo do TARV, que parâmetros foram utilizados para ajustá-los, se a base da terapia combinada se alicerça na contagem da carga viral e CD4?

No que se referiu às grávidas atendidas em trabalho de parto, e com ruptura das membranas, foi obtido respectivamente 102 (57,30%); 23 (12,98) e aquelas com trabalho de parto e ruptura das membranas com mais de 4 horas, 73 (71,57%); 19 (82,61%). Nestes parâmetros o conjunto de dados foi crítico, porque, só pelo fato de uma gestante HIV+ entrar em trabalho e ter as membranas rotas já são fatores que predispõem à TV. Contudo também foi o fato do estudo apresentar 71,57% de todas as gestantes atendidas em trabalho de parto com duração acima de 4 horas e 19 (82,61%) com ruptura das membranas amnióticas com mais de 4 horas. Portanto, crítico, e diria inaceitável e contraditório às normas ora em vigor. O mesmo não se pode afirmar, por ser completamente aceitável, foi o manejo da Inibição da lactação das puérperas que atingiu 175 das 178 mães, o equivalente a 98,31% de todas atendidas; o percentual de recém-nascidos amamentados que foi 0%; a distribuição de leite artificial e a utilização da solução de AZT oral as RNs nas primeiras 6 semanas foi de 100%

Em se tratando do acompanhamento pré-natal e parto normal ou cesariana, os dados também foram considerados insatisfatórios, pois somente 130 (73,00%) das gestantes tiveram algum acompanhamento pré-natal e mais crítico ainda é que 48; 26,96% destas mulheres tiveram parto normal ou cesariana sem qualquer acompanhamento durante todo o período gestatório.

Em relação ao resultado de todo este processo que são os recém-nascidos expostos, soroconvertidos e em situação conhecida como perda de seguimento respectivamente 11 (6,18%); 65 (36,62%). A nossa visão crítica deve ser muito mais severa. De uma amostra de 178 pacientes, constatou-se que 102 recém-nascidos tiveram seus prontuários encerrados como livres do HIV e 11 outros também encerrados e notificados HIV positivo; contudo 65 recém-nascidos catalogados como perda de seguimento, sem perfil sorológico conhecido, sem saber

se foram amamentados e, sem qualquer ação em registros declarada com a finalidade de busca e aferição dos mesmos. Declara-se que tais parâmetros são críticos em se tratando do resultado final do processo. Mais grave ainda foi o percentual dos recém-nascidos soroconvertidos igual a 9,7% quando se excluiu aqueles com perda de seguimento.

Conclui-se que o grau de assistência à gestante HIV positivo e o resultado das metas do Projeto Nascer, nos sete anos desta avaliação, foi insatisfatório, onde constatou-se que alguns problemas de organização do serviço de saúde, somado à vulnerabilidade individual e social a que está submetida boa parte da população de mulheres portadoras do HIV, influenciou negativamente a execução das ações de controle da transmissão vertical do vírus na maternidade estudada.

CAPÍTULO X

10 RECOMENDAÇÕES

A evolução da epidemia da Aids no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe, como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV.

Atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV. Igualmente, isso representa grave falha na formação de uma massa crítica que sustente, em nosso meio, as medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a infecção pelo HIV, além de uma gravidez possivelmente não desejada: 21% dos nascidos vivos têm mães com idade entre 15 e 19 anos (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (DATASUS, 2009).

O Ministério da Saúde, por meio de portarias e outras normalizações técnicas, vem estabelecendo as bases para o aperfeiçoamento das ações que visam o controle da transmissão vertical do HIV no país. A disponibilização de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e material técnico formam a base para a atuação profissional ética e competente. Sabe-se que com a plena realização das condutas padronizadas consegue-se uma significativa redução da transmissão do HIV da mãe para o feto, na quase totalidade dos casos.

Em qualquer nível local de gestão, é fundamental a organização da rede assistencial, incluindo serviços de referência e de contrarreferência, na medida em que há grandes possibilidades de “perda de seguimento” ou de demora nas tomadas de decisão quanto à terapêutica ou profilaxia, colocando em risco o sucesso da prevenção da infecção fetal.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão é sem dúvida alguma gerido com recursos do Sistema Único de Saúde, portanto do

Ministério da Saúde e, tendo como gestor a UFMA, representando atualmente a mais importante instituição de Ensino, Pesquisa e única referência, no estado, de atendimento e serviço de saúde de alta complexidade pública e gratuita.

O Ministério da Saúde é, portanto quem dita e publica as normas a serem seguidas. Aqui nos referimos ao tema “Transmissão Vertical do vírus HIV”. Com base no exposto acima é possível listar as seguintes recomendações, para melhoria dos programas de assistência à gestante e fetos expostos.

- Uma maior interação entre gestores, profissionais de saúde, pacientes e toda a sociedade, para conter a epidemia de Aids.
- A manutenção no hospital universitário de um sistema de arquivos com o mínimo de espaço e condições de acesso para que pesquisadores e estudantes possam fazer seus levantamentos.
- A imediata melhoria das descrições dos itens dos prontuários e uma maior preocupação por parte dos profissionais da saúde com a escrita das informações contidas nos arquivos, fato que representa a qualidade da assistência prestada.
- Treinamento dos profissionais em todos os níveis de formação, quanto ao preenchimento de prontuários, dando importância a clareza na escrita e organização de dados e registros, minimizando assim, as dificuldades dos pesquisadores.
- Que a assistência no pré-natal seja melhorada em termos de atenção multidisciplinar, discreta e com profissionais de todos os níveis treinados para acolher sem discriminar gestantes soropositivas.
- Que o programa de assistência objetive a realização de um maior número de consultas e realização de exames profiláticos de diagnóstico para o HIV.

- Que se utilize dos meios de comunicação, em campanhas educativas para despertar a população, principalmente jovem, para a importância do pré-natal e do diagnóstico precoce das doenças sexualmente transmissíveis.
- Um melhor empenho e familiarização de profissionais da saúde com as recomendações ou normas de assistência aplicada, nesse caso especial, no diagnóstico e tratamento do HIV: exames, drogas antirretrovirais, esquemas combinados, exames de carga viral e contagem CD4, no sentido do ajustamento terapêutico e indicação adequada da via de parto.
- Melhoria nas condições instaladas e recursos humanos dos laboratórios da instituição ou conveniados para que em tempo hábil possam fornecer resultados antes do parto, evitando assim a indisponibilidade de uma contagem de carga viral realizada em todo o processo assistencial.
- Que um número cada vez menor de mulheres seja testado no atendimento ao trabalho de parto.
- Que em campanhas educativas e assistenciais, durante o pré-natal, seja enfatizado, a necessidade do conhecimento da gestante sobre seu perfil sorológico.
- Que o programa crie atalhos para diminuir a perda de seguimento, minimizando assim a perpetuação de futuros adolescentes contaminados no parto.
- Que se promovam ações sociais com mais empenho na busca de perda de seguimento, já que representam um percentual muito elevado de RNs expostos.
- A manutenção, em nível de assistência do HU para distribuição sob prescrição no pré-natal, no atendimento ao parto, no xarope do recém-

nascido, evitando a falta dos antirretrovirais em pronto atendimento aos pacientes.

- A permanente disponibilidade do leite artificial, dos medicamentos como a “carbegolina” para a inibição da lactação mesmo diante da possibilidade mecânica de inibição por enfaixamento.
- Fortalecer a assistência, garantindo aos médicos plantonistas (obstetras e pediatras), e todas as pessoas envolvidas condições de trabalho adequado no atendimento ao parto.

REFERÊNCIAS

ANDREOLETTI, L.; CHOMONT, N.; GRÉSENGUET, G.; MATTA, M.; DIEU LONGO, J.; CARRENO, M.P. et al., Independent levels of cell-free and cell-associated human immunodeficiency virus-1. In: Genital-tract secretions of clinically asymptomatic, treatment-naive African women. **J Infect Dis** 2003;88(4):549-54.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BERNARDON, M.; SETA, F.; MASO, G.P.; CESCUTTI, V.; OLIVUZZI, M.; REDAELLI, I. et. al. Pregnancy in HIV-positive women: 6 years of activity of the Regional Reference Center. **Minerva Ginecol** 2005; 57(4):435-445.

BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de assistência pré-natal**. Brasília, 2000.

_____. Projeto Nascer. **Portaria nº 2.104**, de 19 de novembro de 2002: institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Projeto Nascer-Maternidades e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, nov. 21; Secção 1: 25, 2002a.

_____. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde – Legislação Federal. **Portaria nº 2.104**, de 19 de novembro de 2002. Institui o art. 1º no âmbito do Sistema Único de Saúde – Projeto Nascer-Maternidades. 2002b. Disponível em: <<http://www.federassantas.org.br/legislacao/index.asp?pagina=12>>. Acesso em: 12 nov., 2007.

_____. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Manual. Brasília: Coordenação Nacional DST/Aids, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a saúde**. Brasília-DF, 2003a.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Projeto Nascer: versão preliminar. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de ação para o período 2004 a 2007**. Brasília: DAPE, 2003d.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Textos elaborados**. Brasília, 2003e. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília (DF), 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 4 jul., 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST**. Brasília, DF, ano I, n. 1, jan./jun. 2004c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 nov., 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**. DST/Aids. 01. Ref.Type: Generic, 2005b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Emendas Constitucionais n1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de revisão 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília-DF, 2006b.

_____. **Boletim Epidemiológico**. Aids/DST. 01. Ref.Type: Generic, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Portaria n° 488, de 17/06/98, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância, Diário da União, Seção 1, p. 3, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Comitê Assessor das Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde; 1-81, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Consenso: recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** 2006g. Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/main.asp?view=\(62902F1A-FEB4-406E-8934-C8FE401615D2\)](http://www.aids.gov.br/main.asp?view=(62902F1A-FEB4-406E-8934-C8FE401615D2)) > . Acesso em: 08 jun., 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. [46], 07-143. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde.** Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Brasília-DF: RIPSa, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.** 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379. Acesso: 20 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília, 2010.

CARROLI, G.; VILLAR, J.; PIAGGIO, G.; KHAN-NEELOFUR, D.; GÜLMEZOGLU, M. et al. Who systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1565-70.

CARVALHO, R.L.; KRAHE, C.; FARINA, G.; PAULA, D.O.; RICHETTI, N.; CROSSETTI, T. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Rev Bras Ginecologia e Obstetrícia** 2004;26(4): 325-28.

CASTILLA, J.; DEL ROMERO, J.; HERNANDO, V.; MARINCOVICH, B.; GARCIA, S.; RODRIGUEZ, C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. **J Acquir Immune Defic Syndr.** 2005;40(1):96-101.

CHIGWEDERE, P.; SEAGE, G.R.; LEE, T.H.; ESSEX, M. Efficacy of antiretroviral drugs in reducing mother-to-child transmission of HIV in Africa: a meta-analysis of published clinical trials. **Aids Res Hum Retroviruses** 2008; 24(6):827-37.

CONNOR, E.M. ; SPERLING, R.S. ; GELBER, R. ; KISELEV, P. ; SCOTT, G. ; O’SULLIVAN, M.J. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. **N Engl J Med** 1994;331: 1173-1180.

COOPER, E.R.; CHARURAT, M.; MOFENSON, L.; HANSON, I.C.; PITT, J.; DIAZ, C. et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. **J Acquir Immune Defic Syndr** 2002; 29:484-94.

COSTA, M. **Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento**. 11. ed. Porto Alegre: L&Pm, 1997.

DEBIAGGI, M.; ZARA, F.; SPINILLO, A.; DE SANTOLO, A.; MASERATI, R.; BRUNO, R. et al. Viral excretion in cervicovaginal secretions of HIV-1-infected women receiving antiretroviral therapy. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis** 2001; 20(2):91-6.

DOSSIÊ PANOS. **A tripla ameaça: mulheres e Aids** (Org. Bras. ABIA e SOS Corpo). London: Panos Institute Ltda. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/ HUCITEC, 1993.

DOUGLAS, M. **La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales**. Barcelona: Paidós Ibérica, Buenos Aires: Paidós; 1996.

DRYZEK, J.S. Policy analysis and planning: from science to argument. In: FISCHER, F. **Evaluating Public Policy**, Chicago: Nelson Hall Publishers, 1995.

DUARTE, G.; GONÇALVES, C.V.; MARCOLIN, A.C.; PASCHOINI, M.C.; QUINTANA, S.M. et al. Teste rápido para detecção pelo HIV-1 em gestantes. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2001;23(2):25-30.

FOSTER C.J.; LYALL, E.G.H. HIV in pregnancy: evolution of clinical practice in the UK. **STD e Aids**. 2006;17:660-67.

GARCIA-BUJALANCE, S.; RUIZ, G.; GUEVARA, C.L.; PENA, J.M.; BATES, I. et al. Quantitation of human immunodeficiency virus type 1 RNA loads in cervicovaginal secretions in pregnant women and relationship between viral loads in the genital tract and blood. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis** 2004; 23(2):111-5.

GRUMM, J.G. The Analysis of Policy Impact. In: GREENSTEIN, F.; PLOSBY, N.W. (ed) Handbook of Political Science. **Reading**. Mass: Addison Wesley, 1975.

GUERRA, M. A. T; VERAS, M. A. S. M; RIBEIRO, A. F. Epidemiologia da Aids. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2002; 1: 88-99.

JOEL, A.; LAMOUNIER, Z.S.; MOULIN, C.C. X. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **J Pediatr** (Rio J). 2004;80 (5 Suppl): S181-8: Human milk and infection, mother's infectious illnesses, maternal breast-feeding and infection.

KLINE, A.; STRICKLER, J.; KEMPF, J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. **Rev Soc Sci Med** 1995; 40(11):1539-47.

KNAUTH, D.R. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Org). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. São Paulo: Editora 34, 1999.

LACAVA, R.M.V.B. Consulta de enfermagem no pré-natal. BARROS, Sonia Maria Oliveira de.(Org). **Enfermagem do ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.

MALAMBA, S.S.; MERMIM, J.H.; MUBANGIZI, J.; KALULE, J.; MARUM, E.; HU, D.J. et al. Couples at risk: HIV-1 concordance and discordance among sexual partners receiving voluntary counseling and testing in Uganda. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2005; 39(5):576-80.

MANAVI, K. A review on infection with human immunodeficiency virus. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** 2006; 20(6):923-940.

MANDELBROT, L.; MAYAUX, M.J.; BONGAIN, A.; MOUDOUB-JEANPETIT, Y.; BÉNIFLA, J.L.; CIRARU-VIGNERON, N. et al. Obstetric factors and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohorts. SEROGEST French Pediatric HIV Infection Study Group. **Am J Obstet Gynecol** 1996; 175(3 pt 1): 661-7.

MARANHÃO, A.M.S.A. **Atividade da enfermeira obstetra no ciclo gravídico**. São Paulo: EPU, 1990.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. São Luís, [s.n.], 2005.

MINKOFF, M. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy. **J. Obst Gynecol** 2003; 101: 797-810.

MINKOFF, M.; BURNS, D.N.; LANDESMAN, S.; YOUCHAH, J.; GOEDERT, J.J.; NUGENT, R.P. The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. **Am J Obstet Gynecol** 1995; 173(2): 585-9.

MOFENSON, L. M. Advances in the prevention of vertical transmission of human immunodeficiency virus. **Semin Pediatr Infect Dis** 2003;14(4):295-308.

MOHR, L.B. **Impact analysis for Program Evaluation**. 2.ed. London: Sage Publications, 1995.

NOGUEIRA, S.A.; ABREU, T.; OLIVEIRA, R.; ARAÚJO, L.; COSTA, T. et al. Successful prevention of HIV from mother to infant in Brazil using multidisciplinary team approach. **Braz J Infect Dis** 2001;5:78-86.

OLIVEIRA, O.M.A.; MARGOTTO, P.R. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida Perinatal. In: **Assistência ao recém-nascido de risco**. 2. ed. Brasília: Pórfiro, 2004.

PAIVA, V.; LATORRE, M.R.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. Enhancing Care Initiative – ECI. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. São Paulo. **Cad Saúde Pública** 2002; 18(6):1609-20.

PARSONS, W. Public Policy. **An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis**. Cheltenham: Edward Elgar, 1995.

PETRY, K.U. HIV and pregnancy. **MMW Fortschr Med** 2005;147 Spec No 1:63-65.

POPEK, E.J.; KORBER, B.T.; MERRIT, L. et al. Acute chorioamnionitis and duration of membrane rupture correlates with vertical transmission of HIV1. **4th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections** 1997; 158 (abstr 504).

QUINN, T.C.; WAWER, M.U.; SEWANKAMBO, N.; SERWADDA, D.; LI, C. et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. **N Engl J Med** 2000;30;342(13):921-9.

RECOMMENDATIONS of the U.S. Public Health Service Task Force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus **MMWR Recomm Rep** 1994; 43:120.

RESENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RUOCCO, R.M.A.S. Protocolo assistencial para o parto de gestantes portadoras do HIV. **Rev Assoc Med Bras** São Paulo, 2001;47(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13. ago., 2010.

SAHARAN, S.; LODHA, R.; AGARWAL, R.; DEORARI, A.K.; PAUL, V.K. Perinatal HIV. **Indian J Pediatr** 2008; 75(4):359-62.

SANTOS, E.M.; REIS, A.C.; WESTMAN, S.; ALVES, R.G. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". **Epidemiol Serv Saúde** 2010;19(3):257-69.

SOLIS, V.; VILLAMARZO, I.; MUNOZ, G.E.; RAMOS, A.J.T.; GONZALEZ, T. et al. Maternal characteristics of a cohort of pregnant women with HIV1 infection. **Rev Med Clin (Barc.)** 2006;127(4):121-25.

SPERLING, R.S.; SHAPIRO, D.E.; COOMBS, R.W. Maternal viral load, Zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. **N Engl J Med** 1996; 335:1621-9.

SUCCI, R.C.M. Avaliação da implementação da prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil: resultados e problemas enfrentados, a experiência da Escola Paulista de Medicina EPM/UNIFESP. In: **Conferência**, 1998.

UNICEF. **Indicadores sobre e adolescentes**. Brasília, 1991.

VARELLA, D. Gravidez na adolescência. São Paulo, **Folha de São Paulo**, ilustrada p.E10, 2000.

VILELLA, W. Mulher e Aids. In: **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**: saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo: Rede Saúde, 2001.

VOLMINK, J.; SIEGFRIED, N.L.; VAN DER, M.L.; BROCKLEHURST, P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Cochrane. Database. **Syst Rev** 2007;(1):CD003510.

WADE, M.D.; NANCY, A.; GUTHRIE, S.; BIRKHEAD, M.D.; BÁRBARA, L.; WARREN, B.S.N. et al. Abbreviated regimens of Zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. **N Engl J Med** 1998;339:1409.

WEISS, C. **Evaluation**: methods for studying programs and polices. 2 ed. Upper Sadlle River: Prentice Hall, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha-Protocolo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE HIV POSITIVO
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIDADE MATERNO-INFANTIL**

Nome da Paciente: _____		
Idade: _____	Paridade: _____	Data do parto: ____/____/____
Tipo de parto:	<input type="checkbox"/> Cesariana	<input type="checkbox"/> Normal
Acompanhamento pré-natal:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº de consultas: _____
Diagnóstico HIV:	Data: ____/____/____	
No pré-natal: _____	Antes da Gravidez: _____	No atendimento ao trabalho de parto (teste rápido): _____
Outros filhos com HIV:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? _____
Testes para diagnóstico do HIV/Aids:		
Teste rápido:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Elisa	<input type="checkbox"/> R.I.F.I	<input type="checkbox"/> Western Blot
Contagem de CD4 e Carga Viral no último trimestre?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Valor: _____
Usou antirretroviral:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual(is): _____
Uso do AZT profilático:	No Trabalho de Parto <input type="checkbox"/>	No recém-nascido <input type="checkbox"/> No lactente <input type="checkbox"/>
Entrou em Trabalho de Parto:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Via de Parto: _____	Duração do trabalho de parto: _____	
Ruptura prematura das membranas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tempo de ruptura das membranas em relação ao parto: _____ horas		
Fez inibição da lactação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Recebeu Leite Artificial:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Acompanhamento do Lactente após 6 meses: _____		
Amamentado:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Houve ou não houve soro conversão: _____		
RN- Soro convertido:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
RN – Com perda de seguimento:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE B - Termo de Compromisso junto à Instituição

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO À GESTANTE HIV POSITIVO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIDADE MATERNO-INFANTIL

TERMO DE COMPROMISSO

Prezados Srs.:

Estamos pretendendo realizar uma pesquisa avaliativa do Processo de Atendimento à Gestante HIV Positivo no Hospital Universitário - Unidade Materno-Infantil. Para isso, precisamos ter acesso aos prontuários destas mulheres e seus respectivos produtos no período de 2002 a 2009.

Comprometemo-nos em assegurar a privacidade e a confidencialidade na utilização dos dados obtidos desse material acima referido conforme Resolução nº 196/96, IV, 1, g, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As informações oriundas da participação nesta pesquisa serão utilizadas apenas para os fins propostos no protocolo de pesquisa conforme Resolução 196/96, IV, 3, f, do CNS.

Durante o desenvolvimento desse estudo o pesquisador estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Os benefícios do conhecimento desses dados serão utilizados no direcionamento de ações de saúde pública voltadas para a comunidade. A Instituição poderá desistir de continuar a pesquisa a qualquer momento.

Declaro, como responsável pela Chefia do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia desta Instituição, estar ciente que fui devidamente esclarecido, portanto de livre e espontânea vontade, forneço o material solicitado.

São Luís, ____/____/ 2009.

Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário

Presidente do Comitê de Ética/HUUFMA:
Prof.Dr. João Inácio Lima de Sousa
End. do Comitê: Rua Barão de Itapary, nº 227,
Centro – São Luís / MA
Fone: 3219.1250 – 4º Andar

Equipe de Pesquisadores:
Orientador:
Prof. Dr. Antonio Augusto Moura da Silva
Rua Barão do Itapary, nº 155 Centro
Fone (98) 3232.5495
aasilva@elo.com.br

Pesquisador: Galvani Ascar Sauaia.
Rua João Henrique, nº 427
Centro – São Luís/MA
Fone (98) 3232.18 25
galvanisauaia@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

Universidade Federal do Maranhão Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Centro de Ciências Sociais Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

Seção II - DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006).

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006).

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006).

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2006a).

ANEXO B – Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências Sociais Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas

Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

- Ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS.
- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade.

- Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva.
- Ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais.
- Estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
- Construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
- Qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios.
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.
- Prevenir as DST e a infecção pelo HIV/Aids entre mulheres.
- Ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e Aids.
- Fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher.
- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.