

GESTANTE HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS: estudo epidemiológico da notificação compulsória

Silvia Rosária TORRES^a
Anna Maria Hecker LUZ^b

RESUMO

Estudo epidemiológico transversal que objetivou identificar o tratamento anti-retroviral utilizado na gestação e parto, encerramento do caso e o diagnóstico dos filhos de gestantes HIV+. Analisaram-se as fichas de notificação das gestantes registradas em 2002 que tiveram os casos encerrados em 2005 do banco de dados do Sistema de Agravos de Notificação da Secretaria Municipal de Saúde, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Controle Epidemiológico, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Das 389 gestantes investigadas, 48,6% iniciaram o tratamento anti-retroviral entre a 14ª e a 27ª semana de gestação e 92,8% usaram o anti-retroviral no parto. Dos filhos dessas gestantes, 65,6% usaram profilaxia com anti-retroviral durante seis semanas e em 24 meses de vida. Foram confirmadas 2,8% das crianças como infectadas. Embora a notificação dos casos de HIV seja compulsória, a mesma nem sempre é completa, podendo repercutir em uma avaliação estatística comprometida.

Descritores: HIV. Gravidez de alto risco. Transmissão vertical de doença. Anti-retrovirais.

RESUMEN

Estudio epidemiológico transversal que tuvo por objetivo identificar la terapia antirretroviral utilizada en la gestación y en el parto, cierre del caso y el diagnóstico de los hijos de gestantes seropositivas al SIDA. Fueron analizadas las fichas de notificación de las gestantes registradas en 2002 cuyos casos fueron encerrados en 2005, del banco de datos del Sistema de Agravos de Notificación de la Secretaría Municipal de Salud, de la Coordinadora General de Vigilancia en Salud de Control Epidemiológico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Del total de 389 gestantes investigadas, 189 (48,6%) iniciaron el tratamiento antirretroviral entre la 14ª y la 27ª semana de gestación mientras 361 (92,8%) recibieron el antirretroviral en el parto. De todos los hijos de esas gestantes, 65,6% usaron profilaxis con antirretroviral durante las seis semanas y, en 24 meses de vida. Fueran confirmados 2,8% de los niños como infectados. Sin embargo la notificación de los casos de SIDA sea compulsoria, ni siempre es completa pudiendo repercutir en una evaluación estadística comprometida.

Descriptorios: VIH. Embarazo de alto riesgo. Transmisión vertical de enfermedad. Agentes Antirretrovirales.

Título: Gestante seropositiva al sida y niños expuestos: estudio epidemiológico de la notificación compulsoria.

ABSTRACT

This cross-sectional epidemiological study aimed at identifying the antiretroviral treatment used during pregnancy and at delivery, outcome, and diagnosis of the children of HIV+ pregnant women. Notification cards of pregnant women registered in 2002 whose cases were completed in 2005, were analyzed in the database of the Notification Offence System of the Local Health Department of the General Coordination Bureau of Epidemiological Control Health Surveillance of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Out of 389 investigated pregnant women, 189 (48.6%) started the antiretroviral treatment between the 14th and the 27th week, while 361 (92.8%) received the antiretroviral treatment at delivery. Out of all of the children of these pregnant women, 65.6% used prophylaxis with antiretroviral drugs for six weeks in the first 24 months of life. Only 2.8% of the children were confirmed as infected. Although the notification of HIV cases is compulsory, it is not always complete, which may compromise statistics.

Descriptors: HIV. Pregnancy, high-risk. Disease transmission, vertical. Anti-retroviral agents.

Title: HIV+ pregnant woman and exposed children: epidemiological study on compulsory notification.

^a Enfermeira. Discente do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

^b Doutora em Educação. Professora Titular do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Rio Grande do Sul, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

No mundo estima-se que 33,2 milhões de pessoas estão infectadas pelo Vírus de Imuno-deficiência Humana (HIV) sendo 43% delas, mulheres⁽¹⁾. Com o número elevado de mulheres infectadas, em especial aquelas em fase reprodutiva, o número de crianças infectadas tenderia a aumentar, mas a administração de retrovirais às gestantes infectadas pelo HIV e em seus filhos, houve redução da transmissão vertical em, aproximadamente, dois terços dos filhos de gestantes soropositivas⁽²⁾.

A Vigilância da AIDS (Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida) é gerenciada pela Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT), cujas ações agilizam a notificação nos moldes adotados para os demais agravos de notificação compulsória.

A AIDS se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV⁽³⁾. Esse vírus destrói os linfócitos-células responsáveis pela defesa do organismo, tornando o indivíduo vulnerável a infecções e doenças oportunistas quando o seu sistema imunológico está enfraquecido⁽³⁾.

O aumento de casos de mulheres infectadas preocupa porque, em sua maioria, são mulheres em idade fértil que podem gerar crianças portadoras do HIV⁽⁴⁾. Na transmissão vertical, a criança é infectada pelo vírus da AIDS na gestação, parto ou amamentação⁽³⁾, sendo a principal via de infecção pelo HIV na população infantil, responsável por 90% dos casos, em menores de 13 anos no Brasil⁽⁵⁾.

A transmissão vertical do HIV, quando não realizadas intervenções profiláticas, pode chegar a 20% das crianças nascidas de mães infectadas, representando alto risco^(6,7). Entretanto, a administração da Zidovudina (AZT) na gestação e uso de AZT no parto e no recém nascido, reduz a taxa de transmissão vertical para aproximadamente 8% dos casos⁽³⁾.

Cerca de 35% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre durante a gestação e, 65% no peri-parto, com risco de transmissão acrescido de 7% a 22% através da amamentação^(3,8). O protocolo ACTG076 (*AIDS Clinical Trial Group*), em 1994, analisou a eficácia do AZT na redução

da infecção perinatal pelo HIV, demonstrando que o uso do AZT reduziu a transmissão vertical de 25,5% para 8,3%⁽⁹⁾ uma vez que é nos dois primeiros anos de vida, que essas crianças têm mais risco de exposição a outros agentes infecciosos⁽¹⁰⁾.

A padronização das informações disponíveis sobre os casos de gestantes HIV e de crianças expostas possibilitou a análise detalhada dos casos notificados, porém, não há estudos sobre esses dados compilados e nem se esta notificação é cumprida pelos profissionais da saúde. Este estudo, portanto, vem preencher esta lacuna e tem por objetivo: identificar as características demográficas e obstétricas das gestantes HIV+ notificadas na Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre; o tratamento anti-retroviral (ARV) na gestação e parto; o uso de profilaxia anti-retroviral oral na criança e; a situação de encerramento do caso e o diagnóstico dos filhos de gestantes HIV+.

2 MÉTODO

Este estudo epidemiológico é descritivo-exploratório transversal⁽¹¹⁾. A coleta de dados foi realizada via registros da ficha de investigação – Gestante HIV e Crianças Expostas, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, RS. Os sujeitos, gestantes HIV+ investigadas no ano de 2002, incluídas no Sistema de Agravos e Notificação (SINAN) e que tiveram seus casos encerrados em 2005, por infecção ou não da criança pelo vírus HIV, comprovada por teste laboratorial. Os dados foram analisados por estatística descritiva de tendência central, apresentados em tabelas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre, parecer nº 17/06, processo 001.003020.06.1.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de gestantes HIV notificadas em 2002 (397 casos registrados) foram analisados os registros de 389 mulheres, pois foram excluídos os oito casos de gestação gemelar.

3.1 Características das gestantes HIV+

Para a análise, as mulheres, entre 15 e 42 anos, foram agrupadas por faixas etárias: as adolescentes, 15-19 anos, apresentaram a prevalência de 12,7% de gestantes HIV+, considerada alta, pois elas iniciam a vida reprodutiva já infectadas; a faixa etária adulto jovem, de 20-35 anos, representam 79,3% de gestantes HIV+, embora preocupante, é esperado, pois nessa faixa há mais frequência na reprodução; na faixa adulto, de 36-42 anos, o percentual foi de 8%.

A adolescente grávida necessita de mais cuidados, pois, nesta faixa, os órgãos reprodutivos nem sempre atingiram a plenitude, e/ou ela está em fase de desenvolvimento psicológico-social. Mesmo estando fisicamente apta, a adolescente nem sempre está pronta, em termos psicológicos ou sociais, para ser mãe, o que se comprova pelo risco que corre ao se submeter ao não-uso da proteção (camisinha) nas relações sexuais, e, assim, ter contraído o HIV.

No outro extremo reprodutivo (36-42 anos) não é recomendada a reprodução, pelos riscos da gestação tardia e, principalmente, pelos casos de contaminação do HIV.

O percentual de 45,8% das gestantes HIV+ possui o 1º grau incompleto (de quatro a sete anos de escolaridade). A baixa escolaridade agrava tanto o acesso à escrita quanto o acesso à informação sobre o HIV, expondo, mais ainda, a mulher e sua família à disseminação da doença. Em estudo realizado em mulheres com HIV+ do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 75% delas tinha nível de escolaridade baixo⁽¹²⁾. Quanto à raça, 62% das mulheres contaminadas pelo vírus do HIV que fizeram parte deste estudo são da raça branca. O percentual de negras é de 27%; as de raça amarela, 0,5%; parda, 9%; indígena, 0,5%. Esses resultados diferem dos de outra pesquisa realizada com 1.068 mulheres soropositivas (526 não-negras e 542 negras) cuja regularidade entre as raças obteve a média de 50% negras e 48% brancas⁽¹³⁾.

3.2 Dados obstétricos das gestantes HIV+

Constata-se que 52,7% das gestantes sabiam ser HIV+ antes da gestação, o que preocupa, pois,

sabendo-se portadoras do vírus, não evitaram a gravidez ou o risco da transmissão vertical aos seus filhos. Já 43,4% das gestantes realizaram o teste durante o pré-natal, destacando-se a importância do mesmo tanto ao diagnóstico efetivo quanto à transmissão vertical da criança, pois, com o teste confirmatório pode-se dar mais atenção à gestante no acompanhamento com anti-retroviral (ARV).

Estudo com 161 gestantes na Instituição Filantrópica Amparo Maternal (AM) e no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP) refere que 88,2% destas mulheres informaram que a finalidade do teste anti-HIV durante a gestação é para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS da mãe para o bebê. Confirmar a presença do HIV/AIDS foi a resposta apresentada por 10,6% das mulheres, seguidas pela valorização do tratamento da mulher, com 8,1%⁽¹⁴⁾.

No presente estudo, em 3,9% das mulheres este teste só foi realizado na hora do parto ou pós-parto o que destaca o tipo de atenção que essas gestantes estão recebendo.

Em um estudo realizado com mulheres soropositivas, 45% delas tinham diagnóstico confirmatório antes de engravidar; 38% o souberam durante a gravidez, e 17%, após o nascimento da criança⁽¹⁵⁾. Em outro, de 14% a 20% das mulheres portadoras do HIV declararam desejar ter (mais) filhos, justificando: “realização como mulher”, “desejo de constituir família” ou porque o parceiro gostaria de ser pai, mesmo sabendo dos riscos da transmissão⁽¹⁶⁾.

Em relação à Idade Gestacional, as mulheres foram agrupadas em semanas de gestação e observou-se que apenas 30% das gestantes realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez. A maioria delas, 214 casos, (55%), iniciou o pré-natal entre as 14ª e 27ª semanas, ou seja, no segundo trimestre.

A avaliação laboratorial de HIV de rotina recomendada no acompanhamento da gestante HIV+ é no início do pré-natal (primeiro trimestre) e no período próximo ao parto, entre a 32ª e a 36ª semana⁽⁶⁾, com intervenções preventivas ou terapêuticas em todo o período gestacional e, nas soropositivas, priorizar a atenção à mãe e ao futuro recém-nascido, visando melhor qualidade de vida para ambos^(3,8).

Das gestantes HIV+ estudadas, 97,7% realizaram o pré-natal. O diagnóstico de HIV+ é

realizado por exames laboratoriais de rotina na gestação, solicitados na primeira consulta. No entanto, ao se analisar o número de consultas de pré-natais, constata-se que 198 (50,9%) não fizeram o mínimo recomendado de seis consultas. As gestantes do estudo por serem HIV+ são de alto risco e, por isso, deveriam realizar o pré-natal completo, o que lhes possibilitaria o tratamento anti-retroviral.

Em Porto Alegre, os serviços da rede de referência para atendimento ao parto de mulheres HIV+ são realizados pelos seguintes hospitais: Hospital Fêmina – recebeu 22% das gestantes HIV+ estudadas; Hospital de Clínicas de Porto Alegre – recebeu 20%; Hospital Nossa Senhora da Conceição – recebeu 17%; Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – recebeu 6%; Hospital Presidente Vargas recebeu 6%; Santa Casa de Misericórdia – serviço que mais recebeu esse tipo de gestante (25%), pois desenvolve estudo clínico multicêntrico para diferentes tratamentos ao recém-nascido de mulheres HIV+, com garantia de acompanhamento diferenciado a estas crianças. Esses hospitais, em que ocorreu o parto, são locais de referência, capacitados e preparados para atender gestantes de alto-risco, em especial as HIV+.

Quanto à via de parto, houve o predomínio de parto vaginal, 210 casos (54%) e; em 46% foi realizada cesariana. Nas condições favoráveis para o parto vaginal, deve-se administrar o AZT por via intravenosa desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical. Mesmo as mulheres que não receberam o AZT oral durante a gestação devem receber AZT injetável durante o trabalho de parto e o parto, até o clampeamento umbilical⁽⁸⁾.

A literatura relata que a cesariana eletiva (realizada antes do início do trabalho de parto, com as membranas amnióticas íntegras) deverá ser a via de parto de escolha se a dilatação cervical não ultrapassar 3 a 4 cm, reduzindo, assim, a transmissão vertical em mulheres em uso de Zidovudina⁽⁸⁾. A transmissão vertical pode ocorrer durante o parto, no contato com sangue e secreções maternas. O vírus já foi detectado em secreções cervicais e pode infectar o recém-nascido através das mucosas ou microlesões cutâneas. Não há estudos que esclareçam se o tipo

de parto, vaginal ou cesáreo, confere maior ou menor risco para a taxa de transmissão⁽¹⁷⁾.

O tempo de ruptura das membranas amnióticas é predominante na escolha da via de parto e no risco da transmissão vertical. A maioria das parturientes com bolsa rota, 218 casos (56%), no momento do parto, tinha menos de quatro horas de bolsa rota, tempo limite recomendado pela literatura às parturientes portadoras de HIV. As demais, 56 parturientes, com mais de quatro horas (14,4%), apresentaram maior risco de transmissão, o qual aumenta, progressivamente, após quatro horas de bolsa rota, cerca de 2,0% a cada hora até 24 horas⁽⁸⁾.

3.3 Tratamento anti-retroviral na gestação e parto

A terapia anti-retroviral combinada está indicada para mulheres grávidas que preencham os critérios para início de tratamento, visando ao controle de sua infecção e à redução da Transmissão Vertical do HIV⁽⁸⁾.

Tabela 1 – Gestantes HIV+ referentes à idade gestacional (IG) de início do anti-retroviral (ARV). Porto Alegre (RS), 2006.

IG (início ARV)	n	Percentual
Não usou	52	13,4%
< que 14 semanas	64	16,6%
Entre 14 e 27 semanas	189	48,6%
De 28 a 36 semanas	78	20,1%
> que 37 semanas	6	1,3%
Total	389	100,0%

Fonte: Dados coletados do Banco de Dados do SINAN. Porto Alegre (RS), 2006.

Conforme a Tabela 1, 189 gestantes (48,6%) iniciaram o tratamento entre a 14^a e 27^a semana. Isto se deve ao fato de os resultados de exames laboratoriais de rotina na gestação retornarem ao pré-natalista no início do segundo trimestre. Provavelmente, as que iniciaram o tratamento com menos de 14 semanas, 64 gestantes (16,6%), já sabiam serem HIV+ antes da gestação. No entanto, o dado mais preocupante é de 52 casos (13,4%) em que o ARV não foi usado na gravidez, mesmo se sabendo que eram gestantes HIV+.

A maioria das mulheres (92,8%) usou o ARV durante o parto, revelando que os Hospitais de referência estão capacitados e preparados para o combate a Transmissão Vertical no nascimento.

3.4 Recém-nascidos de gestantes HIV+

Quanto ao aleitamento materno, deve-se orientar a gestante sobre a não-amamentação e no pós-parto imediato para que o recém-nascido não se contamine por meio do leite materno. Constatou-se que 84,6% das gestantes HIV+ não amamentaram seus filhos. No entanto, em 14,4% de casos foram ignorados os cuidados com a amamentação o que representa risco para o bebê. Foram identificados quatro casos (1%) de mulheres que amamentaram seus filhos nesse período, e as causas podem ir desde a falta de orientação ao desejo incontrolável da mãe em amamentar e julgar que isso não afetará a criança.

Nas gestantes HIV+, ainda permanece desconhecido o risco do leite materno para a transmissão vertical, mas, biologicamente, a transmissão do HIV por leite materno é possível. Estudos constataam que a transmissão vertical do HIV ao amamentar é atribuída a infecções no pós-parto⁽¹⁷⁾. Portanto, é importante informar as mulheres sobre os riscos de transmissão da doença pela amamentação, orientando-as a obter e a preparar a fórmula infantil e dando-lhes suporte para não se sentirem discriminadas por não amamentarem⁽⁸⁾.

Realizado o parto, utilizam-se medidas clínicas ou farmacológicas para evitar o início da lactação. A mais simples é a compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, recomendado por 10 dias, evitando a manipulação e a estimulação das mamas⁽⁸⁾. Essa medida alcança sucesso em 80% dos casos. Pelas dificuldades em manter o enfaixamento por período prolongado, sugere-se a realização conjunta da supressão farmacológica da lactação⁽⁸⁾.

A terapia ARV no recém-nascido deve iniciar nas primeiras 24 horas após o nascimento, sendo mantida até a 6ª semana de vida⁽¹⁸⁾. A Zidovudina (AZT), solução oral, 10mg/ml, deve ser iniciada até 24 horas após o parto (preferencialmente até a 8ª hora), na dose de 2mg/kg a cada seis horas, por seis semanas⁽¹⁰⁾.

Tabela 2 – Tempo de profilaxia com anti-retroviral (ARV) em filhos de gestantes HIV+. Porto Alegre (RS), 2006.

ARV na criança	n	Percentual
< que 3 semanas	12	3,1%
De 3 a 5 semanas	15	3,9%
6 semanas	255	65,6%
Não usou	5	1,3%
Ignorado	102	26,2%
Total	389	100,0%

Fonte: Dados coletados do Banco de Dados do SINAN. Porto Alegre (RS), 2006.

Conforme a Tabela 2, 65,6% das crianças usou o ARV no tempo preconizado pelo Ministério da Saúde para diminuir a probabilidade de contaminação pelo vírus HIV, mas, por falta de informações na ficha de notificação, o número de casos ignorados (26,2%) não se tem a certeza de que essas crianças terão menos chances de contaminação.

3.5 Acompanhamento do caso e o diagnóstico dos filhos de gestantes HIV+

O acompanhamento clínico e laboratorial de crianças expostas ao HIV deve ser mensal, nos primeiros seis meses e, no mínimo, trimestral, a partir do segundo semestre de vida⁽¹⁰⁾. Justifica-se a realização de um conjunto de exames e da necessidade de monitoramento de efeitos adversos devido à exposição intra-uterina e pós-natal aos ARV, e a importância da identificação precoce de alguma infecção pelo HIV⁽¹⁰⁾.

Quanto à carga viral no recém-nascido, 95,3% das crianças que fizeram o exame de detecção da carga viral do HIV tiveram resultado negativo. Se a Reação de cadeia da Polimerase – Ácido RiboNucléico (PCR-RNA) for detectado, o exame deverá ser repetido, na consulta subsequente; se não for detectado, deve-se repetir o exame aos quatro meses, caso o primeiro teste tenha sido realizado na criança entre um e dois meses de idade⁽¹⁰⁾, realizar a contagem de linfócitos T-CD4+ e quantificação de carga viral aos dois meses de idade, repetindo-as após completar quatro meses⁽¹⁰⁾.

A evolução clínica de crianças infectadas pelo HIV mostra que cerca de 10% a 30% des-

sas crianças iniciam os sintomas nos primeiros meses de vida⁽¹⁹⁾, daí a importância desse acompanhamento laboratorial. Para crianças provavelmente não-infectadas recomenda-se o uso de duas amostras, se não-reagentes, mediante os seguintes métodos: a) cultivo do vírus e detecção de RNA ou DNA viral, entre um e seis meses, sendo uma das amostras após o quarto mês de vida; b) em idade igual ou maior que 18 meses, uma amostra não-reagente em testes de detecção para anticorpos anti-HIV⁽¹⁰⁾.

Quanto à sorologia anti-HIV aos 18 ou 24 meses, constatou-se 50,9% de casos de sorologia com resultados ignorados. Isso revela, mais uma vez, a falta de informações na Ficha de Investigação-Gestante HIV+ e crianças expostas. São necessários atenção e cuidado ao preencher a ficha, pois, os dados corretos evitam a busca dessas informações que, muitas vezes, depois de muito tempo, não se conseguem recuperar.

Identificaram-se quatro casos (1%) com sorologia anti-HIV reagente, 16 casos (4,1%) não realizaram o teste anti-HIV e 171 casos (44%) apresentaram sorologia anti-HIV com resultado não-reagente. A recomendação é que se faça a avaliação laboratorial via testes sorológicos para o HIV (*Elisa e Western Blot*), contagem de linfócitos e hemograma⁽¹⁹⁾.

3.6 Encerramento do caso

A Portaria nº 59/03 do Ministério da Saúde recomenda manter o acompanhamento clínico das crianças consideradas provavelmente não-infectadas e fazer sorologia anti-HIV entre os 18 e 24 meses de idade⁽¹⁰⁾.

Tabela 3 – Sorologia anti-HIV em bebês com 24 meses de vida. Porto Alegre (RS), 2006.

Encerramento	n	Percentual
Infectada	11	2,8%
Não-infectada	300	77,1%
Perda de segmento	67	17,2%
Óbito	11	2,8%
Total	389	100,0%

Fonte: Dados coletados do Banco de Dados do SINAN, Porto Alegre (RS), 2006.

Algumas pesquisas consideram crianças não-infectadas pelo HIV quando apresentam dois testes sorológicos anti-HIV negativos entre 6 e 18 meses de idade e ausência de manifestações clínicas e laboratoriais e infectadas ao apresentarem sorologia positiva além dos 18 meses de idade e/ou faleceram antes desta idade com doenças oportunistas à infecção do HIV⁽¹⁹⁾.

O percentual de 77,1% casos encerrados é de filhos de gestantes HIV+ que não sofreram a transmissão vertical, mas 17,2% dos casos são relacionados à perda de segmento (sem critério clínico para encerrar o caso), o que gera muita preocupação, pois não se sabe se essas crianças foram ou não infectadas.

4 CONCLUSÕES

Pelo número elevado de mulheres infectadas, especialmente em fase reprodutiva, o controle da Transmissão Vertical é o principal fator relacionado ao tratamento dessas mulheres.

No estudo sobre as gestantes HIV+ notificadas no ano de 2002, em Porto Alegre, RS, metade delas (50,9%) não atingiu o mínimo de seis consultas pré-natais recomendadas. O parto vaginal foi a via predominante (54%) de nascimento, e o tempo de ruptura das membranas foi menor de quatro horas (56%).

Quanto à identificação do tratamento anti-retroviral na gestação e parto, embora menos da metade (48,6%) das gestantes HIV tivessem iniciado o anti-retroviral entre a 14ª e a 27ª semana de gestação, a quase totalidade usou o anti-retroviral durante o parto. No que se refere aos filhos das gestantes HIV+, o uso de anti-retroviral oral recomendado até a 6ª semana de vida ocorreu em 65% dos casos de recém-nascidos não-amamentados com leite materno.

No acompanhamento do caso e diagnóstico dos filhos dessas mulheres, nos dados laboratoriais constatou-se que metade dos casos de sorologia anti-HIV em bebês com 18 a 24 meses tiveram seus resultados ignorados, dado preocupante por mostrar a falta de informação nas fichas de notificação. Dos dados relacionados ao encerramento do caso dessas crianças com 24 meses de vida que revelam que em menos de 3% dos filhos de mulheres HIV+ houve a confirmação de serem reagentes para HIV, mere-

cem destaque os 17% de casos de “perda de segmento” (o que significa nenhum critério para encerrar o caso). Isso demonstra, mais uma vez, a falta de informação nas fichas dessas gestantes.

O desejo da maternidade é marcante nessas mulheres, mesmo já sabendo serem portadoras do vírus HIV. Por isso, os profissionais da área da saúde devem ter cuidados redobrados com essas mulheres e precisam dar mais atenção ao preenchimento correto das fichas de Notificação Compulsória, pois através da Portaria 993/00, o Ministério da Saúde, tornou obrigatória a notificação das gestantes HIV+ e das crianças nascidas de mães infectadas⁽⁸⁾.

Portanto, ressalta-se a importância de os profissionais da saúde não omitirem informações ao preencherem a ficha na primeira consulta de pré-natal, no parto e no acompanhamento da criança pós-parto até o encerramento dos casos dessas crianças para que esses dados completem o banco de dados do SINAN, da SMS e, as informações possam ser avaliadas com fidedignidade.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. AIDS Epidemic update [homepage on the Internet]. Genebra; 2007 [cited 2007 Dec 12]. Available from: <http://www.unaids.org>.
- 2 Rigatti MFB. Vigilância epidemiológica da AIDS em Porto Alegre. Boletim Epidemiológico 2002;(14):4.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília (DF); 2005.
- 4 Spindola T, Banic M. Ser mãe portadora do HIV: análise compreensiva. Revista de Enfermagem Anna Nery 1998;2(1/2):101-9.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Coordenação Nacional de DST e AIDS. AIDS: recomendações para redução da transmissão vertical. Brasília (DF); 1999.
- 6 Ministério da Saúde (BR), Coordenação Nacional de DST e AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília (DF); 2001.
- 7 Coelho DF, Motta MGC. Cuidado à mulher soropositiva no ciclo grávido-puerperal: percepções de enfermeiras. Revista Brasileira de Enfermagem 2002;55(1):92-100.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília (DF); 2004.
- 9 Veloso VG, Vasconcelos AL, Grinsztejn B. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. Boletim Epidemiológico AIDS 1999;12(4):23-35.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília (DF); 2004.
- 11 Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes; 1995.
- 12 Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira SA. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. Cadernos de Saúde Pública 1999;15(2):1-18.
- 13 Lopes F. Mulheres negras e não-negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades [tese de Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. 203 f.
- 14 Praça NS, Barranco JTG. Teste anti-HIV e aconselhamento no pré-natal: percepção de puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007;28(1):106-16.
- 15 Marques HHS, Latorre MRDO, Dellanegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. Revista de Saúde Pública 2002;36(4):385-92.
- 16 Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? A vontade e ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV. Psicologia USP 2002;13(2):105-33.
- 17 Ortigão MB. AIDS em crianças: considerações sobre a transmissão vertical. Cadernos de Saúde Pública 1995;11(1):142-8.
- 18 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
- 19 Yoshimoto CE, Diniz EMA, Vaz FAC. Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas. Revista da Associação Médica Brasileira 2005;51(2):100-5.

Endereço da autora/Author's address:

Silvia Rosária Torres
Rua Irmão Weibert, 580
91.520-310, Porto Alegre, RS
E-mail: silviar_t@yahoo.com.br

Recebido em: 04/04/2007
Aprovado em: 01/10/2007