

CARACTERIZAÇÃO DE GESTANTES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV EM FORTALEZA-CE

CHARACTERIZATION OF PREGNANT WOMEN WITH POSITIVE RAPID HIV TEST IN FORTALEZA-CE

CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES CON TEST RÁPIDO POSITIVO PARA DETECTAR VIH/SIDA EN FORTALEZA-CE

LÉA MARIA MOURA BARROSO¹
ZENILDA VIEIRA BRUNO²
MARTA MARIA SOARES HERCULANO³
MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO⁴

Objetivou-se caracterizar gestantes submetidas ao teste rápido para HIV em uma maternidade de Fortaleza-CE, quanto às características sociodemográficas e clínicas. Estudo transversal do tipo documental retrospectivo, com treze gestantes submetidas a teste rápido e com resultado positivo para HIV no período de abril de 2002 a abril de 2004. As gestantes tinham em média 26,2 anos; 61,5% estudaram de quatro a sete anos; 69,2 % eram da capital e 30,8 % do interior; 53,8 % donas de casa; 54,0% com quatro a sete consultas de pré-natal; 46,2 % diagnosticadas antes do parto; 84,6 % receberam a profilaxia apenas no parto; 46,0% tiveram bolsa rota até quatro horas; 77,0% parto cirúrgico e 100% dos recém-nascidos receberam o xarope de AZT nas primeiras duas horas de vida. Conclui-se que a instituição garantiu a redução do risco de contaminação do recém-nascido, entretanto percebeu-se deficiência nos serviços que ofereceram atendimento anterior ao parto.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Infecção por HIV; Serviço de saúde materna; Gestantes.

The study aimed to characterize pregnant women submitted to the rapid HIV test in a maternity in Fortaleza, State of Ceará. As for the sociodemographic and clinic characteristics. it was a Transverse study of the retrospective documental type, with thirteen pregnant women with positive rapid HIV test, from April 2002 to April 2004. The pregnant women were 26.2 years old on average; 61,5% and had gone to school for about four to seven years; 69,2% were from the capital and 30,8% from the ;the country side; 53,8% were housewives, 54,0% had undergone from four to seven prenatal consultations, 46,2% had discovered the infection before childbirth, 84,6% received the prophylaxis just at childbirth, 46,0% of them had the time of broken bag up to four hours, 77,0% surgical childbirth and all the newborns had received the syrup of AZT in the first two hours of life. We concluded that the institution implemented the recommendations to guarantee the reduction of the risk of newborn's contamination. It was observed that there is deficiency for reduction of vertical transmission in the services that offered prenatal care previous to the childbirth.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV Infection; Maternal health services; Pregnant women.

El objetivo fue describir a las gestantes sometidas al test rápido para detectar VIH/SIDA en una maternidad de Fortaleza-CE, en relación a las características sociodemográficas y clínicas. Estudio transversal del tipo documental retrospectivo, con trece gestantes sometidas al test rápido y con resultado positivo para VIH/SIDA en el periodo de abril de 2002 a abril de 2004. El promedio de edad de las gestantes era 26,2 años; el 61,5% estudió entre cuatro a siete años; el 69,2 % era de la capital y el 30,8 % del interior; el 53,8 % ama de casa; el 54,0 % con cuatro a siete consultas de prenatal; el 46,2 % fue diagnosticada antes del parto; el 84,6 % recibió profilaxis solamente en el parto; el 46,0% tuvo bolsa rota hasta cuatro horas antes del parto; el 77,0% parto quirúrgico y el 100% de los recién nacidos recibió el jarabe de AZT en las primeras dos horas de vida. Se concluye que la institución garantizó la reducción del riesgo de contaminación del recién nacido, sin embargo se percibió deficiencia en los servicios que ofrecieron atención antes del parto.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Infecciones por VIH; Servicios de salud materna; Mujeres embarazadas.

1. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Auto-Ajuda para o Cuidado – CNPq.
2. Médica. Professora Doutora do Departamento de Saúde Materno Infantil e do Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Universidade Federal do Ceará.
3. Enfermeira do Centro Obstétrico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Especialista em Obstetrícia e Epidemiologia
4. Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: marligalvão@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil as atividades de assistência aos portadores do Human Immunodeficiency Virus (HIV) e da aids existem desde o início de 1983 em decorrência da organização do Programa Estadual de DST/aids no Estado de São Paulo, seguido do desenvolvimento do programa brasileiro. Estes programas imprimem marcas específicas às políticas institucionais de organização da assistência.¹

Os serviços de saúde específicos para a aids mostram-se heterogêneos, segundo as mais diversas situações institucionais e conforme estruturas e organizações da assistência. Desse modo, ocorre ampla diversidade de formas de unidades, a variar desde serviços agregados a centros especializados, universitários e maternidades até unidades básicas de saúde.¹

Paralelamente aos avanços do atendimento no país, o padrão de transmissão da aids vem mudando no Brasil. A categoria de exposição mais freqüente é a heterossexual, apresentada em 28,2% dos homens e 88,6% das mulheres. A proporção homem/mulher dos casos da doença, no Brasil, mudou de 40:1, observada no início da epidemia, para 1:1,4 em 2006. Dos 433.067 casos notificados no Brasil ao Ministério da Saúde (MS), de 1980 até junho de 2006, 290.917 (67,2%) foram verificados em homens e 142.138 (32,8%) em mulheres. Apesar do total de casos ser maior entre os homens, a epidemia cresce entre as mulheres. Só no primeiro semestre de 2006 foram notificados 7.747 casos em homens e 5.467 em mulheres.²

A incidência do risco de transmissão vertical (TV) do HIV entre as mulheres é preocupante e requer atenção especial, principalmente tratando-se de gestante, por estar também colocando em risco o bem-estar do feto e da estrutura familiar.

Associado ao aumento de casos de aids entre mulheres em idade fértil, as crianças vêm constituindo um grupo de risco crescente para a infecção pelo HIV, com nítido aumento da incidência de casos neste grupo populacional.

Como medida para interceptar a cadeia de transmissão do HIV de mãe para filho, foi implantado no âmbito do Sistema Único de Saúde um projeto nacional para ampliar o diagnóstico precoce da TV, denominado "Projeto Nascer-Maternidades", cujo objetivo é garantir a qualidade do atendimento a gestantes com HIV.³

No intuito de garantir diagnóstico inicial antes do nascimento das crianças, o Ministério da Saúde introduziu os "testes rápidos", mais simples e de baixo custo, os quais permitem a identificação das gestantes portadoras do vírus, conseqüentemente instituindo as medidas que reduzam a TV. O teste rápido mais utilizado é o Determineä[®] distribuído pelo Ministério da Saúde aos diversos serviços do país.⁴

Com a eficácia do teste rápido para HIV nas maternidades, aumentaram as chances de impedir a transmissão da infecção para o recém-nascido, mediante implementação das intervenções profiláticas do protocolo 076, o qual demonstrou reduzir em aproximadamente 70% o risco da TV com o uso do tratamento anti-retroviral (ARV) na gestação, trabalho de parto e parto e nos recém-nascidos alimentados exclusivamente com fórmula infantil.⁵

Apesar dos avanços nas medidas de prevenção, estima-se que existam 17.000 gestantes com HIV no Brasil. Destas, somente 6.000 (30%) receberam tratamento adequado. Com o tratamento completo, muitas mães soropositivas podem impedir que seu filho seja infectado pelo HIV. Mas sem o devido tratamento a chance de transmissão para o bebê chega a 40%.⁶

Desde 1997 considera-se prioritária a prevenção da transmissão do HIV da gestante para o bebê. Neste sentido, têm sido promovidos treinamentos em todo o território nacional, com vistas a capacitar maternidades destinadas a atuar como referência no atendimento da gestante portadora do HIV.

Segundo demonstrado por pesquisas, 30% a 70% das mulheres HIV positivas não relatam nenhum fator de risco antes da realização do teste rápido⁷. Este fato indica que até então as mulheres contaminadas não se sentiam vulneráveis ao risco do HIV. Desta forma, a oportunidade da realização do teste contribuiu para a prevenção da TV.

Considerando a oportunidade da oferta do teste rápido para gestantes em serviço de referência do Nordeste brasileiro, foi realizada a presente investigação cujo objetivo foi caracterizar gestantes submetidas ao teste rápido para o HIV e com resultado positivo, em uma maternidade do Estado do Ceará.

MÉTODO

Desenvolveu-se estudo transversal do tipo documental retrospectivo. Pesquisas transversais examinam dados

num ponto do tempo, isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos⁸.

Foram pesquisados dados em uma maternidade, serviço universitário e de referência estadual à saúde da mulher, localizada em Fortaleza-CE, durante o período de abril de 2002 (data que marcou a implantação do teste rápido nesta instituição) a abril de 2004.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: A primeira correspondeu à consulta em livro de registro de gestantes que realizaram teste rápido para HIV. Após identificar as mulheres com teste rápido positivo procurou-se o número dos respectivos prontuários. O livro de registro é um documento do centro obstétrico da instituição que contempla informações de todas as mulheres atendidas e que após aconselhamento consentiram em submeter-se ao teste.

A segunda etapa constou da busca de informações no prontuário hospitalar e na ficha de investigação de caso de gestantes HIV positivas e crianças expostas. Utilizou-se um roteiro descrito em formulário para a coleta de informações sobre a gestante, cujas variáveis foram: idade, escolaridade, ocupação, procedência, número de consulta de pré-natal, época do diagnóstico, início do uso de ARV, tempo de bolsa rota, tipo de parto e encaminhamento para serviço especializado. Também observou-se o uso de anti-retroviral profilático no RN. Esta última variável foi incluída para verificar se houve procedimento de proteção da transmissão vertical no pós-parto para o RN.

No período foram feitos 676 testes rápidos para a detecção do HIV, entre os quais treze testes rápidos foram positivos.

As gestantes e os recém-nascidos (RN) foram encaminhados ao serviço de infectologia de referência geral do Estado para confirmação sorológica. Não foi possível o registro desta informação durante o período da pesquisa, pois os resultados ainda não haviam chegado ao serviço. Em virtude, porém, do teste rápido Determineä[®], utilizado na maternidade onde se realizou a pesquisa, oferecer alta especificidade, aqui todos os casos foram tratados como positivos.

Os dados obtidos foram analisados descritivamente em números absolutos e relativos e discutidos à luz da literatura científica.

Considerando-se que o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em base de dados para fins

de pesquisa científica deve ser previamente submetido ao respectivo comitê, esse estudo documental foi autorizado pela Diretoria da instituição e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo número 271/04, aprovado em 4 de novembro do mesmo ano, seguindo-se a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 676 testes rápidos para detecção do HIV realizados na sala de parto, treze (1,9%) mostraram-se positivos. Destas mulheres, seis já apresentavam diagnóstico de HIV/aids previamente, constatação ocorrida durante a manipulação dos prontuários, na qual três delas tiveram diagnóstico estabelecido por ocasião do pré-natal e outras três gestantes sabiam do *status* sorológico em período anterior à gestação.

Optou-se, então, por estudar as treze gestantes, por inferir que a nova testagem, realizada na maternidade, pode advir da inobservância do diagnóstico da infecção anteriormente estabelecida, ou até por falta de credibilidade do referido diagnóstico.

Em relação às variáveis maternas, entre as treze mulheres do estudo, verificou-se idade média de 26,2 anos, sendo a idade mínima 15 anos e a máxima 37. Uma gestante não era alfabetizada, onze haviam frequentado entre um e oito anos de escola e uma não tinha informação deste dado. Quanto ao local de residência, nove (69,2%) eram procedentes da capital e quatro (30,8 %) do interior. Em relação à situação funcional, sete (53,8 %) gestantes eram donas de casa, três eram empregadas, das quais uma manicure, uma agricultora e uma costureira, enquanto três prontuários não dispunham desta informação (Tabela 1).

As características clínicas revelaram que quanto ao número de consultas de pré-natal, de acordo com sete (54 %) prontuários, as pacientes haviam sido atendidas de quatro a sete vezes, três (23 %) tiveram de uma a três consultas de pré-natal, e outras três mulheres não haviam sido atendidas durante esse período (Tabela 2).

No que se refere ao início do uso dos ARV, onze (84,6%) das mulheres receberam o tratamento apenas no parto, uma gestante iniciou o ARV entre a 37ª e a 40ª sema-

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA O HIV. FORTALEZA – 2004

Características Sociodemográficas		N	%
Idade (anos)*	< 19	02	15,4
	20 – 29	08	61,5
	30 – 39	05	23,1
Anos de estudo	Nenhum	01	7,7
	1 – 3	02	15,4
	4 – 7	08	61,5
	8 – 11	01	7,7
	Sem informação	01	7,7
Procedência	Capital	09	69,2
	Interior	04	30,8
Situação funcional	Dona de casa	07	55,8
	Empregada	05	23,1
	Sem informação	05	23,1

* Idade mínima= 15 anos ; Idade máxima= 37 anos.

na gestacional, e uma estava sem registro deste dado. Associado ao período descrito que informava o tempo de conhecimento da infecção, notou-se que a prevenção da TV foi iniciada tardiamente. Parcela significativa (46,2 %) das gestantes descobriu a infecção antes do parto. Entretanto a maioria iniciou o uso do ARV apenas no parto, quando deveria ter iniciado a partir da 14ª semana gestacional, como recomendado pelo Ministério da Saúde. Entre as seis gestantes com registro de informação sobre a bolsa rota, o tempo de ruptura desta bolsa foi de até quatro horas (46%). O tipo de parto mais observado foi a cesariana, descrita em dez (77%), enquanto o parto normal verificou-se entre as demais. Todos os recém-nascidos (100%) receberam o xarope de AZT nas primeiras duas horas de vida (Tabela 2).

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS GESTANTES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA O HIV. FORTALEZA – 2004

Características Clínicas		N	%
Consulta de pré-natal	Nenhuma	03	23
	1-3	03	23
	4-7	07	54
Início do ARV (idade gestacional em semanas)	37-40	01	7,7
	No parto	11	84,6
	Sem informação	01	7,7
Tempo de bolsa rota	Até 4 horas	06	46
	Sem informação	07	54
Tipo de parto	Natural	03	23
	Cirúrgico	10	77

DISCUSSÃO

Encontrou-se a realização do teste rápido mesmo em gestantes que já tinham diagnóstico prévio para HIV. Em virtude deste fato, denota-se a carência de capacitação de profissionais para as ações da TV, pois, segundo as recomendações do Ministério da Saúde (MS), o teste rápido deve ser feito apenas em gestantes sem diagnóstico prévio, para evitar perda de recursos materiais de ordem econômica ao Estado e de recursos humanos, oriundos das atividades desenvolvidas no aconselhamento e realização do exame.

Conforme revela a casuística, a maioria das gestantes soube da contaminação pelo HIV no momento do parto, por meio do teste rápido. Depreende-se que a última oportunidade de oferecimento do teste anti-HIV, cujo objetivo é reduzir a TV, foi contemplada. Isso vem reforçar a importância do oferecimento ininterrupto do exame, mesmo no último período da gestação. A testagem proporciona a possibilidade do início da terapia específica, que pode proteger o recém-nascido em até 37%.

Assim, quanto mais precoce o diagnóstico, melhores serão as chances do benefício do tratamento para o RN, na tentativa de reduzir ao máximo o risco de TV do HIV. De acordo com estudos recentes, mesmo com diagnóstico prévio, gestantes não estão recebendo a assistência adequada em maternidade para a prevenção da transmissão do vírus⁹.

Segundo divulgado por pesquisadores em estudo epidemiológico desenvolvido entre 1999 e 2001 com 138 grávidas infectadas pelo HIV, em Fortaleza-CE, 35,5% das mulheres conheciam o *status* sorológico antes da gravidez, 48,6% souberam durante o pré-natal, 4,3% descobriram-se infectadas durante o parto e 11,6% após o parto. Das que souberam estar infectadas antes ou durante a gravidez, apenas 47,5% utilizaram de forma correta todas as etapas da profilaxia para impedir a TV, incluindo-se as condutas para o recém-nascido¹⁰.

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos desta pesquisa mostrou resultado semelhante a estudos em diferentes regiões do país que realizaram o teste rápido e apresentaram índices médios de idade, os quais variaram de 24,8 a 25,9 anos^{11,12}.

Duas adolescentes (15 e 18 anos) tiveram teste rápido positivo, comprovando o que vem sendo divulgado sobre a vulnerabilidade nesta época da vida e a contaminação cada vez mais precoce entre as mulheres. Os riscos da exposição à infecção pelo HIV acentuam-se nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes, pois a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional em face da infecção pelo HIV¹³.

Idades precoces são características dos casos de aids entre mulheres no Brasil.¹⁴ Estes resultados se assemelham e confirmam que a epidemia da aids compromete a mulher em idade reprodutiva, e contribui para o risco da transmissão vertical do HIV, caso não haja intervenção precocemente.

De acordo com o identificado, a maioria das mulheres apresentava pouco tempo de estudo, demonstrando baixo nível educacional, dados que confirmam o perfil da epidemia da aids na mulher. O nível de escolaridade entre portadores de ambos os sexos vem diminuindo progressivamente; mas as mulheres possuem menor grau de escolaridade desde o início da epidemia.¹⁵ Particularmente aquelas com menor escolaridade deparam-se, quase sempre, com a falta de acesso e menos informação para implementar as ações preventivas, acarretando maior vulnerabilidade para seus filhos.¹⁶

Apesar da maior parte das gestantes com HIV desta investigação ser da capital, outra parte significativa provinha de regiões do interior do Estado. Isto reflete a tendência nacional de interiorização da epidemia, transpondo as

barreiras geográficas e culturais e se disseminando por todo o território. Tais dados alertam para mais um problema, ou seja, os municípios de pequeno porte geralmente não dispõem de atendimento de saúde de qualidade para portadores de HIV. Ademais, o portador de HIV/aids é visto preconceituosamente pela população destas cidades, com reflexos na auto-imagem e auto-estima¹⁷.

A tendência de interiorização da epidemia deve ser considerada por esses municípios ao traçar ações voltadas à prevenção da TV. Compete-lhes qualificar as equipes que prestam assistência pré-natal por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e na hora do parto em salas de parto, oferecendo o teste anti-HIV e iniciando precocemente a profilaxia da TV. Devem, também, referenciar para o parto, mediante encaminhamento para maternidades que garantam a assistência com vistas à redução da TV.

A maioria das gestantes da pesquisa eram donas de casa. A situação de trabalho doméstico força as mulheres a permanecer muito tempo no lar. Mas as ações de prevenção devem ser alicerçadas em estratégias para garantir o acesso às informações sobre HIV/aids neste ambiente, pois, segundo apontado por diversos estudos, aquelas que vivem essa situação parecem estar vulneráveis à aquisição do vírus. Pesquisadores divulgam que a responsabilidade de cuidar da casa e das pessoas da família recai, tradicionalmente, sobre a mulher, que deixa, muitas vezes, de recorrer ao serviço de saúde, e/ou abandona o tratamento, para cuidar dos filhos e familiares¹⁸.

Como indicado em estudo realizado com puérperas atendidas em duas maternidades de São Paulo, a maioria recebeu informações sobre aids pela televisão ou rádio.¹⁹ Diante das evidências, são necessários investimentos contínuos na utilização destes meios de comunicação para atingir as donas de casa com limitado acesso à informação sobre a epidemia.

Na presente investigação, a maior parte das gestantes passou por mais de seis consultas de pré-natal, parâmetro considerado ideal segundo o MS, cuja indicação é de no mínimo seis consultas durante a gravidez. É importante registrar que entre aquelas que sabiam do diagnóstico prévio da infecção, mesmo antes da realização do teste rápido, uma gestante não havia recebido consulta de pré-natal, uma foi atendida duas vezes e as demais passaram por quatro a

seis consultas. Isso sugere que mesmo no caso da mulher com diagnóstico precoce há deficiência na assistência ou falta de conscientização da gestante em procurar acompanhamento precocemente.

Segundo alguns estudos, a ausência de consulta de pré-natal permanece como uma das principais barreiras para a plena implementação das intervenções comprovadamente eficazes para reduzir a TV. Infelizmente 23% das gestantes estudadas não fizeram pré-natal. Com isto houve atraso no diagnóstico e nas medidas de prevenção da TV.

Mesmo com diagnóstico prévio, algumas gestantes não compareceram à consulta de pré-natal. Este aparente desinteresse pela preservação de sua saúde pode ser justificado pela característica da cultura, pois os fatores culturais permeiam fortemente os comportamentos que contribuem para a expansão da aids. Além disso ocorre deficiente marcação de retorno nos diferentes serviços para o acompanhamento da gestante com HIV. Em virtude da ausência do seguimento às consultas de pré-natal, tornam-se necessários programas voltados à busca de faltosos.

Como indicam os dados disponibilizados no estudo, as ações de prevenção da TV, como o início do uso dos anti-retrovirais (ARV) durante a gestação e o diagnóstico da infecção, ocorreram tardiamente. Esta situação pode estar relacionada com a baixa qualidade das consultas de pré-natal, pois a maioria das mulheres teve de quatro a sete consultas; estas, porém, não foram suficientes para a adequada demonstração das recomendações para a prevenção da TV neste período.

Embora a implementação do uso do AZT (Zidovudina®) tenha ocorrido a partir de 1994 como profilaxia da TV, o grande investimento realizado nessa prevenção, dez anos mais tarde, ainda não obteve o resultado desejado. Em 1998, no Brasil, apenas 40 % das gestantes portadoras do HIV receberam o AZT injetável no momento do parto.²⁰ No Ceará, estes valores foram de 47,5%, entre os anos de 1999 e 2001¹⁰.

Mesmo observando a realidade deste recente estudo, a maioria das gestantes, não tinha iniciado o uso do AZT no pré-natal. Entretanto, a maternidade disponibilizou o tratamento para todas as gestantes no momento do parto, colaborando com as intervenções para redução da TV quando ainda existem chances para redução da transmissão do ví-

rus. A ausência da profilaxia adequada na gestação e parto aumenta os riscos da infecção dos recém-nascidos.

As intervenções profiláticas promovidas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50 % a probabilidade de TV do HIV. Todavia quanto mais precoce o início do uso do AZT, maior será a redução da infecção no RN³.

Em estudo desenvolvido na capital paulista avaliando dois grupos de RN nascidos de mães soropositivas observou-se que entre o binômio que recebeu corretamente AZT nos períodos de gestação, parto e pós-parto não houve caso da transmissão vertical. O autor é enfático ao afirmar que o uso do AZT nos diferentes períodos constitui uma das melhores estratégias para a prevenção da aids na infância²¹.

Apenas seis gestantes tinham registro de informação sobre bolsa rota, e estas permaneceram com a bolsa rota até quatro horas, período recomendado pelo MS. É preciso advertir que as parturientes portadoras do HIV não podem permanecer com bolsa rota por mais de quatro horas ou em trabalho de parto prolongado, pois a taxa de transmissão aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota (cerca de 2% a cada hora até 24 horas)²². No entanto, não foi possível comentar sobre a bolsa rota em sete gestantes, pois nos prontuários não constava esta informação. Isto denota deficiências no registro de informações relevantes para somar-se às investigações sobre TV.

A maioria das gestantes foi submetida ao parto cirúrgico. Pesquisadores indicam a via de parto abdominal cirúrgica (cesariana) como a mais segura para evitar a TV. Existem evidências de que a cesariana contribui para a redução da transmissão perinatal do HIV, mesmo quando a carga viral é < 1.000 cópias/ml, mas há controvérsias sobre se o benefício adicional ultrapassaria os riscos de complicações para a mulher, quando associado a este procedimento.²³ A definição da via de parto segue as recomendações do protocolo do MS, que depende da carga viral do paciente. Entretanto, pelos dados já apresentados, que demonstraram a ausência de pré-natal, provavelmente a escolha foi efetivada em decorrência da falta destes dados em benefício do RN.

Todos os recém-nascidos das gestantes estudadas receberam o AZT xarope, em cumprimento às recomendações para efetivação da redução da TV. Mesmo quando a interven-

ção com AZT é realizada tardiamente na gestação, ou quando este é administrado apenas para o recém-nascido nas primeiras 48 horas após o nascimento, observa-se diminuição do risco de transmissão do HIV.²⁴ Entretanto, mostra-se altamente eficaz ao ser administrado precocemente.²¹

CONCLUSÕES

Investigar em serviços de saúde torna-se relevante para produzir conhecimentos a respeito do funcionamento do serviço e colaborar para o direcionamento de políticas e melhoria de desempenho. Além disto, esta pesquisa científica traz dados gerais para geração de conhecimento dentro do Sistema Único de Saúde.

Apesar do reduzido número de mulheres com HIV neste estudo, foi possível demonstrar que a maioria das gestantes atendidas não havia iniciado terapia medicamentosa adequada no pré-natal, embora a maternidade tenha disponibilizado o tratamento a todas elas no momento do parto, colaborando com as intervenções para redução da TV em um dos períodos no qual ainda existem chances para diminuição da transmissão do vírus.

Os resultados ora apresentados propiciaram dados capazes de trazer benefícios para a instituição e geraram informações pouco conhecidas no Estado do Ceará. Desse modo, contribuíram para ampliar a história da aids entre gestantes no país, além de auxiliar no planejamento de intervenções para futuras ações, com vistas à melhoria da qualidade na assistência a gestantes com HIV/aids.

As gestantes estudadas têm perfil semelhante àquele da população mais atingida pela aids, atualmente, no país. Caracterizar estas gestantes colabora para se traçar medidas de prevenção para redução da TV apropriadas a este grupo.

Conclui-se que a instituição estudada implementou as recomendações do MS em relação à prevenção da TV, a despeito da deficiência no registro de informações, pois ao chegar as gestantes à maternidade foi-lhes oferecido o teste rápido e garantidas todas as intervenções que reduzem a TV. Conforme observou-se, porém, provavelmente há deficiência para redução da TV em serviços que promoveram atendimento antes da gestante chegar à maternidade, em virtude da baixa cobertura de pré-natal, diagnóstico e início do ARV tardios identificados.

O Estado do Ceará é pioneiro no desenvolvimento do Programa Saúde da Família. A despeito disto, verificou-se deficiência na condução das gestantes quanto às ações da saúde da mulher ou em serviços de atenção básica, a sugerir que não estão atuando plenamente na assistência pré-natal. Urge, portanto, qualificar os diversos profissionais de saúde com vistas à redução da TV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade no programa de aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(supl. 2): 310-21.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Dados epidemiológicos Aids. *Bol Epidemiol AIDST*, 2006 jan/jun; 1(3):30-40.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Técnica Ministerial nº 2.104/GM, de 19 de novembro de 2002. [online] [acessado em 2003 dez 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2104.htm>.
4. Duarte G, Gonçalves CV, Marcolin AC, Paschoini MC, Quintana SM, Mussi-Pinhata MM. Teste rápido para a detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001 mar; 23 (2):107-11.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Gestação de alto risco. Manual técnico. Brasília, 2000. 164p.
6. Impedindo que o bebê tenha aids. [online] [acessado em 2003 dez 20]. Disponível em: <http://www.noolhar.com/opovo/cienciaesaude>.
7. Dinsmoor MJ. HIV infection and pregnancy. *Rev Clin Perinatal* 1994; 21(1): 85-95.
8. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
9. Barroso LMM. Avaliação das ações de controle da transmissão vertical do HIV/aids entre puérperas atendidas em uma maternidade de Fortaleza-CE [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005. 99f.

10. Cavalcante MS, Ramos Júnior AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004 mar; 26(2):131-8.
11. Carvalho RL, Krahe C, Farina G, Paula DO, Richetti N, Crossetti T. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(4):325-8.
12. Stefani M, Araújo BF, Rocha NMP. Transmissão vertical do HIV em população de baixa renda do sul do Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm* 2004; 16(2):33-9.
13. Chirigoba CDR. Mujer y Sida: conceptos sobre el tema. In: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL. Situación de las mujeres y l VIH/SIDA en America Latina. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Dados epidemiológicos Aids. *Bol Epidemiol AIDST* 2004 jan./jun.; 1(2):26-34.
15. Vermelho LL, Silva LP, Costa, AJL. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. [online]. [acessado em: 2003 dez 24]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/vdtv/boletim_jun_ago99/prevenc_trans_vertical.htm.
16. Farmer P, Connors M, Simmons J. Women, poverty and aids: sex, drugs and structural violence. Monroe: Common Courage; 1996.
17. Barroso LMM, Carvalho CML, Galvão MTG. Mulheres com HIV/aids: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev. RENE*, 2006, 7(2): 67-73.
18. Galvão MTG. Aplicação do instrumento HAT-Qol para análise da qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV, ou com aids e sua correlação com as variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas. [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2002.120f.
19. Praça NS, Latorre MRDO. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(1):61-74.
20. Ministério da Saúde (BR). Dossiê mulher e aids: ações de prevenção e assistência à mulher portadora do HIV. Brasília, 1998.
21. Yoshimoto CE, Diniz EMA, Vaz FAC. Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(2):100-5.
22. 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, 2004.
23. Ioannidis JP, Abrams EJ, Bulterys M, Goedert JJ, Gray L, Korber BT et al. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/mL. *J Infect Dis* 2001;183(4):539-45.
24. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, Charbonneau TT, French PT, Wang L et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998; 339(20):1409-14.

RECEBIDO: 26/06/07

ACEITO: 27/08/07