

**JUSSARA CUNHA FLEURY FERACIN**

**SITUAÇÕES QUE LIMITAM A PREVENÇÃO DA  
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS EM  
REGIÃO DO INTERIOR DE SÃO PAULO:  
Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa**

**CAMPINAS  
2009**

**JUSSARA CUNHA FLEURY FERACIN**

**SITUAÇÕES QUE LIMITAM A PREVENÇÃO DA  
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS EM  
REGIÃO DO INTERIOR DE SÃO PAULO:  
Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa**

Tese de doutorado apresentada ao curso de Pós-Graduação do Departamento - Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Doutor em Saúde Coletiva.  
Área - de concentração: Saúde Coletiva.

**ORIENTADORA:** PROFA. DRA. ANA MARIA SEGALL CORREA

**CO-ORIENTADORA:** PROF<sup>a</sup> DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

**CAMPINAS  
2009**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F37s	<p>Feracin, Jussara Cunha Fleury</p> <p>Situações que limitam a prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS em região do interior de São Paulo: Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa / Jussara Cunha Fleury Feracin. Campinas, SP : [s.n.], 2009.</p> <p>Orientador : Ana Maria Segall Corrêa</p> <p>Tese ( Doutorado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Gravidez. 2. HIV ( Virus). 3. Transmissão Vertical de doença. 4. Infecções por HIV. 5. Doenças transmissíveis – Prevenção – controle. I. Corrêa, Ana Maria Segall. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Título em inglês : Health service constraints related to the prevention of HIV/Aids vertical transmission in a region of the state of São Paulo-Brazil: study with quantitative and qualitative approach methods**

**Keywords:** • Pregnancy  
• HIV (Virus)  
• Disease Transmission, Vertical  
• HIV infections  
• Communicable diseases, prevention - control

**Titulação: Doutor em Saúde Coletiva**  
**Área de concentração: Saúde Coletiva**

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa**  
**Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira**  
**Profa. Dra. Silvia Maria Santiago**  
**Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes**  
**Profa. Dra. Elvira Maria Ventura Filipe**

**Data da defesa: 17-02-2009**

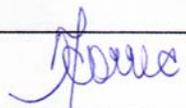
## Banca examinadora da Tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Correa

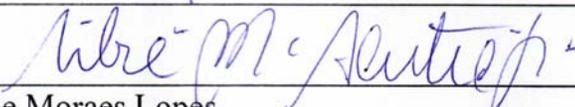
Aluno(a): Jussara Cunha Fleury Feracin

### Membros:

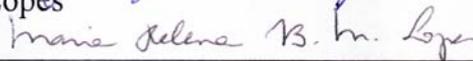
Profa. Dra. Ana Maria Segall Correa



Profa. Dra. Silvia Maria Santiago



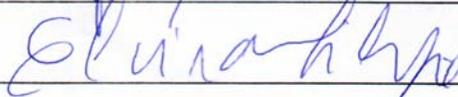
Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes



Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira



Profa. Dra. Elvira Maria Ventura Filipe



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 17/02/09

## DEDICATÓRIA

Ao meu esposo **Antonio Carlos**, companheiro amoroso e inseparável,  
Que com cumplicidade e incentivo, compartilha comigo  
Todos os momentos.

Aos meus filhos **Felipe e Carlo**,  
Grandes amores da minha vida  
Que me proporcionaram a experiência  
da maternidade.

**Aos meus queridos pais:**  
Pela possibilidade que me deram de existir,  
Pelos ensinamentos, as bases que me fizeram crescer...  
Pela liberdade que me deram para escolher meus desafios e buscar meus sonhos...  
Pelo carinho, afeto e amor que me fazem sentir...

**JULIO FLEURY**<sup>†</sup> (meu pai)  
**JACIRA DA CUNHA FLEURY** (minha mãe)  
Minha grande admiração e eterna gratidão.

---

<sup>†</sup> in memoriam

## AGRADECIMENTOS

---

A Deus, pela presença em minha vida, sempre à minha frente, iluminando meu caminho nesta trajetória.

À Professora Doutora Ana Maria Segall Correa, pela dedicação, atenção e carinho na orientação deste trabalho.

À Professora Doutora Antonieta Keiko Kakuda Shimo a quem muito admiro, que se propôs mais uma vez, a participar deste trabalho com suas valiosas contribuições.

Às Professoras Doutora Silvia Santiago e Doutora Maria Helena Baena M. Lopes, pelas sugestões oportunas por ocasião do exame de qualificação.

Aos docentes e colegas das disciplinas que freqüentei, pelo convívio e por fazerem parte desta caminhada.

Às Professoras Doutora Maria José Bistafa Pereira e Doutora Elvira Maria Ventura Filipe pela contribuição dada a esta pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas dessa universidade, pela receptividade e cooperação.

Ao Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista, na pessoa do Diretor Dr. Benedito Carlos R. Westin e da Diretora do Grupo de Vigilância Epidemiológica Ana Lúcia Navarro, pela autorização para a realização da pesquisa e fornecimento das informações das gestantes e de seus filhos.

Ao Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista, na pessoa da Diretora de Saúde Silvia Maria Teixeira R. Valota, que abriu as portas das Unidades de Saúde para a realização desta pesquisa.

A administração da Santa Casa de São João da Boa Vista que, tão gentilmente, cedeu o local para encontro com os profissionais envolvidos na pesquisa.

Aos profissionais de Saúde (médicos e enfermeiros) que prontamente aceitaram participar desta pesquisa.

Aos meus amigos de trabalho, em especial ao Diretor do Grupo de Vigilância Sanitária de São João da Boa Vista, na pessoa de João Batista Martins Tonon, pela compreensão e apoio para a realização deste estudo.

À Lúcia Maria T. Ristori Ozaki, Alícia Greyce Turatti, Dra Letícia de Las Mercedes Marin Leon e Anne Kepple pela amizade, sugestões e colaboração neste estudo.

Obrigada a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste estudo.

## PENSAMENTO

O futuro não é algum lugar para o qual estamos indo, mas,  
alguo que estamos criando.  
Os caminhos não serão encontrados, mas construídos e a atividade de  
construí-los transforma ambos, o construtor e o destino.

*John Schaar'*

---

<sup>1</sup> [www.knowprose.com](http://www.knowprose.com)

Lista de Figuras .....	xix
Lista de Tabelas e Quadros .....	xxi
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xxiii
RESUMO .....	xxvii
ABSTRACT .....	xxxiii
APRESENTAÇÃO.....	xxxix
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>53</b>
2.1 Trajetória e o Estado Atual do HIV/AIDS .....	55
2.2 A Epidemia ao redor do mundo .....	57
2.2.1 O Continente Asiático .....	57
2.2.2 O Continente Europeu .....	59
2.2.3 O Continente Africano.....	61
2.2.4 Na Oceania .....	63
2.2.5 No Continente Americano .....	64
2.3 A Epidemia no Brasil .....	65
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>69</b>
3.1 Geral .....	71
3.2 Específicos .....	71
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>73</b>
4.1 Primeira Fase: Quantitativa .....	77
4.1.1 Tipo de Estudo .....	77
4.1.2 Cenário do Estudo .....	77
4.1.3 População de Estudo .....	80
4.1.4 Coleta dos Dados .....	80
4.1.5 Análise e Tratamento dos Dados.....	83

4.2 Segunda Fase: Qualitativo .....	85
4.2.1 Tipo de Estudo .....	85
4.2.2 Cenário do Estudo .....	85
4.2.3 População de Estudo .....	86
4.2.4 Coleta dos Dados .....	86
4.2.5 Análise e Tratamento dos Dados .....	91
4.2.6 O passo a passo para Identificação dos Temas .....	92
4.3 Aspectos Éticos .....	97
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>99</b>
5.1 Resultado da Primeira Fase: Quantitativa .....	101
5.2 Resultados da Segunda Fase: Qualitativa .....	111
<b>6. CONCLUSÕES .....</b>	<b>153</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>157</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>193</b>

## LISTA DE FIGURAS

---

FIGURA 1 - Número de adultos e crianças vivendo com HIV em 2007 no mundo .....	57
FIGURA 2 - Distribuição dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) I a XVII no Estado de São Paulo, Brasil, 2008. ....	78
FIGURA 3 - Distribuição das cidades pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIV de São João da Boa Vista, Estado de São Paulo, Brasil, 2008. ....	79
FIGURA 4 - Diagrama da composição da Rede Básica de Saúde e os profissionais entrevistados nesses locais. ....	88
FIGURA 5 - Diagrama do total de profissionais entrevistados na rede hospitalar. ....	89
FIGURA 6 - Diagrama do processo de solicitação de exame anti HIV para as Mulheres atendidas nas Unidades de Saúde e Saúde da Família.....	116
FIGURA 7 - Fluxograma de assistência pré-natal, profissional-mulher grávida e o diagnóstico do HIV. ....	122
FIGURA 8 - Fluxograma das questões abordadas pelos profissionais na promoção da Saúde da mulher grávida soropositiva ao vírus HIV.....	127
FIGURA 9 - Fluxograma dos profissionais na orientação quanto à sexualidade da gestante e suas novas gestações. ....	130
FIGURA 10 - Diagrama dos temas analisados na questão da assistência às parturientes (1).....	142
FIGURA 11 - Diagrama dos temas analisados na questão da assistência às parturientes (2) .....	142

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

---

TABELA 1 - Distribuição (%) das gestantes notificadas soropositivas ao HIV, segundo as suas características sócio-demográficas e o momento do diagnóstico da infecção Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005. ....	102
TABELA 2 - Distribuição (%) das gestantes notificadas soropositivas ao HIV, segundo características de que expõem ao risco de infecção pelo vírus Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005. ....	103
TABELA 3 - Situação do pré-natal, parto das mulheres grávidas soropositivas ao HIV e das crianças expostas Grupo de Vigilância epidemiológica XXVI, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005.....	104
TABELA 4 - Situação do parto das mulheres grávidas soropositivas ao HIV e das crianças expostas Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005. ....	105
QUADRO 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme Unidades de atendimento, no município pertencente ao DRS XIV de São João da Boa Vista-SP. ....	112
QUADRO 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme sexo, local de formação e função profissional atual no DRS XIV de São João da Boa Vista-SP-2008. ....	113

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

---

<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>ARV</b>	Anti-retrovirais
<b>ASPA</b>	Associação Sanjoanense de Prevenção a Aids
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>CAPS</b>	Centro Atendimento Psiquiatria
<b>CD4</b>	Contagem linfócitos
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CV</b>	Carga Viral
<b>DIR</b>	Diretoria Regional de Saúde
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>EPI</b>	Equipamento Proteção Individual
<b>GVE</b>	Grupo Vigilância Epidemiológica
<b>HIV</b>	Vírus Imunodeficiência Humana
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PACTG</b>	Pediatric Aids Clinical Trial Group

<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia anti-retroviral
<b>TMI</b>	Transmissão Materno Infantil
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>VIP</b>	Vacina Antipoliomielite Injetável

# Resumo

---

---

Feracin JCF. Situações que limitam a prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS em região interior de São Paulo: Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Constitui prioridade de pesquisa e intervenção no Brasil a transmissão vertical do vírus HIV, infecção que tem aumentado entre as mulheres em idade fértil, resultando em progressiva redução na relação homem/mulher. O objetivo deste trabalho é analisar as ações de prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDS durante o pré-natal, parto e puerpério, bem como as ações de vigilância epidemiológica, entre as mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV, residentes em um município do interior do estado de São Paulo. Trata-se de estudo realizado em duas fases, com abordagem quantitativa na primeira e qualitativa na segunda. Na primeira, descreve-se a situação epidemiológica dos 11 municípios pertencentes àquele Departamento, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005, partindo-se das notificações e das fichas epidemiológicas de 112 gestantes portadoras do vírus HIV e das crianças nascidas destas gestações. As informações referem-se à idade das mulheres, local de sua moradia, momento de identificação da infecção, local e data do parto, além daquelas relativas aos procedimentos assistenciais terapêuticos e profiláticos. Na abordagem qualitativa, ou seja, na segunda fase foram realizadas entrevistas nas quais foi utilizado um roteiro padronizado e pré-testado com enfermeiros e médicos que prestam atendimento às gestantes e parturientes nas Unidades Básicas de Saúde e Hospital do município sede do Departamento Regional. Os resultados mostram, entre outras coisas, que todas as gestantes residiam em zona urbana, a maioria era branca (67,9%), de baixa escolaridade, sendo que mais de dois terços não haviam completado o primeiro grau e 42,9% tinham idade abaixo de 25 anos. Mais da metade conhecia seu status de soro-positividade antes da gravidez (53,6%) e para 10,7%, essa era a 2ª gravidez após o diagnóstico. Foram observadas falhas na profilaxia da transmissão vertical na gestação, parto e pós-parto. Nessa última

intervenção, 17 mulheres não receberam AZT intravenoso e três recém-nascidos não fizeram profilaxia com AZT oral e outros três iniciaram a profilaxia 24 horas depois do parto. A estimativa de transmissão vertical do HIV foi de 4,5%. Na etapa qualitativa, foi observado que as solicitações de exames anti-HIV eram rotina estabelecida no pré-natal, não havendo, no entanto, aconselhamento pré e pós-teste. No momento que antecede o parto, é sempre solicitado teste rápido. A necessidade da profilaxia, a indicação do parto cesariano e a inibição da lactação são de conhecimento dos profissionais, porém, esses profissionais não referem à forma como manejam essas intervenções. Conforme dados epidemiológicos resultantes desta pesquisa, algumas atitudes relacionadas à assistência às gestantes HIV positivas e a seus filhos não atendem as recomendações do Ministério da Saúde para a redução da transmissão vertical e as falas dos profissionais reforçam a necessidade de programas de capacitação e treinamentos na forma de educação continuada sobre o assunto para alcançar o objetivo proposto nas diretrizes nacionais de saúde.

**DESCRITORES:** Gravidez, HIV (Virus), Transmissão Vertical de doença, Infecções por HIV, Doenças transmissíveis - Prevenção - controle

# Abstract

---

---

Feracin JCF. Health service constraints related to the prevention of HIV/Aids vertical transmission in the interior region of São Paulo: a quantitative and qualitative study [Tese]. Campinas: Faculty of Medical Sciences University of Campinas; 2009.

A priority for public health research and intervention in Brazil is the vertical transmission of the AIDS virus, which has increased among women of reproductive age, resulting in a decreasing male/female ratio. The objective of this study is to analyze actions to prevent the vertical transmission of the AIDS virus during pregnancy, childbirth, and postpartum period, as well as the actions of epidemiological monitoring, of HIV-positive pregnant women residing in a city in the interior of the state of São Paulo. The study has two phases, one quantitative and the other qualitative. The first phase consisted of a descriptive study of the epidemiological situation in 11 municipalities pertaining to the Department of Health in the period from January, 2000, to December, 2005, based on epidemiological notifications and case records of HIV-positive pregnant women and the children resulting from those pregnancies. Information collected included the women's age, residence; time the HIV infection was identified, locale and date of delivery, as well as data on therapeutic and prophylactic care procedures. In the qualitative phase of the study, semi-structured interviews were conducted with nurses and physicians working in Primary Health Care Units and hospitals in the city where the Regional Health Department is located and, who provide care to the pregnant women and newborns. All the pregnant women reside in the urban area, most are White, with low educational levels, and 42.9% were less than 25 years old. More than half were aware of their HIV-positive status before becoming pregnant, and 10.7% of these were in their second pregnancy after having been diagnosed. Errors were observed in prophylactic procedures to prevent vertical transmission during pregnancy, during childbirth, and post-partum. With reference

to the latter, 17 women were not given intravenous AZT, three newborns were not given AZT orally, and an additional three initiated prophylaxis 24 hours post-partum. The estimated vertical transmission of HIV was 4.46%. In the qualitative phase, it was observed that requests for anti-HIV tests were routine in pre-natal care, but with no counseling provided before or after the test. A rapid test is routinely requested at the moment just before childbirth, but there are no institutional standardized procedures that obligate staff to follow the recommendations that come with the test. The need for prophylaxis, cesarean birth, and inhibition of lactation are known by the professionals, however they do not refer to the way they normally deal with those procedures with the women. It was also observed that pediatricians deal better than other professionals with patients diagnosed as HIV-positive. The observed failures in health care and epidemiological surveillance for HIV-positive pregnant women and for their children confirm that the Ministry of Health HIV/AIDS protocols were not always followed by the health professionals, which shows the needs for continuing education, as they themselves pointed out.

**KEYWORDS:** Pregnancy, HIV (Virus), Disease Transmission Vertical, HIV infections, Communicable diseases prevention – control.

# Apresentação

---

---

## **Os caminhos que levaram a este estudo**

Olhando para o passado, no meu caminhar pela enfermagem, recordo que a assistência às mulheres sempre me despertou interesse durante a graduação, o que me levou a fazer especialização em enfermagem obstétrica e, mais tarde, trabalhando na saúde pública, a me envolver no programa de assistência à saúde da mulher. Acompanhei muitos momentos desse programa, principalmente os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde decorrentes da progressão do HIV/AIDS na população feminina, entre as mulheres grávidas e, conseqüentemente, entre as crianças.

Tive a oportunidade de trabalhar, em minha dissertação de mestrado com mulheres grávidas HIV positivas que realizaram o pré-natal na rede básica de saúde e que tiveram seus filhos em hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde. O contato com essas mulheres possibilitou identificar atitudes e sentimentos frente à gravidez e à soropositividade ao vírus HIV, motivando-me a dar seqüência a essa pesquisa. Assim, neste, estudo, investigo as situações que podem limitar a prevenção, por parte dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), da transmissão vertical do vírus HI/AIDS.

As análises das informações epidemiológicas na fase quantitativa desse estudo fizeram surgir alguns questionamentos, sumarizados a seguir:

- Como a mulher é informada e orientada sobre o seu diagnóstico?
- Como a mulher é orientada sobre transmissão vertical e sua profilaxia?
- Como os profissionais encaram a gravidez em mulheres soropositivas?
- Como a equipe de saúde vê a mulher, que no relacionamento sexual, não faz uso de qualquer meio de proteção, o que acaba levando-a a uma gravidez nem sempre em momento ou situação oportuna?
- Como a equipe de saúde trabalha a questão da infecção cruzada pelo vírus nessas mulheres?

- Como a equipe de saúde identifica, nas falas dessas mulheres, a vivência da gravidez e de nova gravidez?
- Como ocorre a assistência prestada pela equipe de saúde a essas mulheres, em relação às ações educativas para a saúde, especificamente correlacionadas ao planejamento familiar?
- Como os profissionais são preparados psico-emocionalmente para lidar com a situação de soropositividade da mulher grávida, desde o diagnóstico até o parto?

Por fim, como acontece o acompanhamento das mulheres soropositivas ao vírus HIV durante o pré-natal e parto e qual a repercussão deste acompanhamento na prevenção da transmissão vertical?

Levando em conta estas questões, o estudo pretendeu desvelar as ações de saúde que podem sinalizar limitações na assistência e na vigilância epidemiológica e que comprometem a prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDS, bem como, compreender as razões dessas ocorrências, entre os profissionais. Buscou, ainda, subsidiar os gestores das políticas de assistência às portadoras do vírus, para que suas decisões sejam baseadas em evidências científicas e que resultem, portanto, em melhor efetividade das propostas de cuidado à saúde desse grupo populacional e, conseqüentemente, em maior possibilidade de reduzir a transmissão vertical do vírus HIV.

# 1. Introdução

---

---

A epidemia da AIDS continua sendo uma grande preocupação da sociedade e dos profissionais de saúde em todos os países do mundo. Por atingir mulheres em idade fértil e, conseqüentemente, as crianças, por meio da transmissão vertical, a infecção pelo HIV passou a requerer medidas de Saúde Pública urgente e especificamente voltadas ao atendimento desse grupo, além de demandar investigações acadêmicas e operacionais em diferentes contextos. Entretanto, e apesar do desenvolvimento técnico-científico nesses anos de epidemia, foi apenas na última década que as atenções se voltaram com maior freqüência para as questões relacionadas às mulheres.

Os dados para estudos de casos notificados no Brasil de pessoas infectadas pelo vírus HIV e de portadores de AIDS são obtidos por meio de boletins informativos, publicados pelo Ministério da Saúde (MS). Em 1983, a AIDS foi incluída no elenco das doenças de Notificação Compulsória no Estado de São Paulo e, em 1986, passou a ser obrigatória por lei a realização de testes sorológicos em todos os Bancos de Sangue, sendo essa medida, em 1988, estendida a todo o território Nacional (Brasil, 1998a).

Em 2000, por meio da portaria nº 0993, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de mulheres grávidas HIV positivas e dos filhos resultantes dessas gestações, tendo sido implantado nos serviços de saúde de todo o território nacional, instrumentos de notificação e investigação epidemiológica específicos para essa população (Brasil, 2000c; São Paulo, 2006a).

As formas de exposição ou transmissão do HIV, conhecidas até o presente momento, podem ser divididas em:

- transmissão sexual (homossexual, heterossexual ou bissexual);
- exposição parenteral ou de mucosas ao sangue e derivados ou a instrumentos e tecidos infectados pelo vírus HIV;
- transmissão de mãe para o feto ou para o recém-nascido, denominada perinatal ou vertical (Pantaleo et al., 1994)

Com o crescimento da transmissão do vírus HIV e aumento dos casos de AIDS entre as mulheres, ocorreu uma nova demanda nos serviços de saúde de assistência das mulheres infectadas, especialmente no pré-natal, durante o parto e no pós parto, bem como no seguimento de seus recém-nascidos (Amaral, 1999). Estudos sobre a prevalência da soropositividade na população gestante ou parturiente demonstram ser a transmissão vertical, a primeira causa de infecção pelo vírus HIV na população infantil (Brasil, 1999).

Ações que objetivam prevenir a infecção do vírus entre os recém nascidos de mães soropositivas ao vírus HIV, são de fundamental importância e devem ser contempladas nas estratégias de prevenção e controle do HIV/AIDS. Para que isso ocorra, é importante que a mulher conheça sua situação sorológica e tenha acesso às medidas e recursos profiláticos e terapêuticos de reconhecida efetividade para a diminuição da transmissão vertical do vírus (Barbosa e Lago, 1997).

Recomenda-se que a partir do diagnóstico de gravidez deve-se iniciar a assistência pré-natal o mais precocemente possível, pois a gestação é um período em que ocorrem mudanças físicas e emocionais significativas que são vivenciadas distintamente por diferentes mulheres. Essa assistência deve propiciar momentos de discussões e esclarecimentos sobre questões trazidas por essas mulheres, tanto próprias quanto relativas a seus parceiros, livres de julgamentos e preconceitos, permitindo que elas falem de suas intimidades com segurança, fortalecendo seu caminhar até momento do parto e levando a um nascimento tranqüilo e saudável (Brasil, 2000a).

É importante que seja realizado, o mais precocemente possível, durante a gravidez, o diagnóstico da infecção pelo vírus HIV, uma vez que se estima que de 0,1 a 3% das gestantes brasileiras estão infectadas por esse vírus (Amaral, 2004). O teste anti-HIV deve ser oferecido para todas as gestantes, durante a primeira consulta de pré-natal, sendo recomendado que seja feito o *aconselhamento* pré-teste e obtido o consentimento para tal procedimento, sempre que possível esse exame deverá ser repetido no início do terceiro

trimestre de gestação. Quando no primeiro exame o teste anti-HIV for reagente, é necessário a realização de outro, com princípios diferentes para o diagnóstico do vírus HIV. Entretanto, para se confirmar o resultado como positivo, é necessária a realização do teste confirmatório na última amostra (imunofluorescência ou Western blot) (Amaral, 2004). No caso das parturientes que estiverem sem resultado de sorologia, deve ser realizado o *aconselhamento* e feito o diagnóstico na maternidade desta mulher por meio de teste rápido anti HIV (Brasil, 2006a).

A maior probabilidade de transmissão vertical do vírus HIV é no momento do trabalho de parto e parto (65%). O restante das transmissões (35%) pode ocorrer intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação e depois do parto pelo aleitamento materno (Brasil, 2007). A carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do vírus HIV. Já no pós-parto, a transmissão poderá ocorrer por meio do aleitamento materno, representando um risco adicional de 7 a 22% (Tess et al., 1998).

Segundo publicação do Ministério da Saúde, Brasil (2007), os mecanismos de transmissão do vírus HIV da mãe para a criança podem estar relacionados a:

- fatores virais (carga viral, genótipo e fenótipo viral);
- fatores maternos (estado clínico, estado imunológico e nutricional);
- fatores comportamentais (uso de drogas e práticas sexuais desprotegidas);
- fatores obstétricos (tempo de ruptura das membranas e via de parto);
- fatores inerentes ao recém-nascido (prematuidade, baixo peso ao nascer);
- fatores relacionados ao aleitamento materno.

Com o aumento dos casos de AIDS, pesquisas passam a serem desenvolvidas, a partir da década de 90. Foram usados agentes anti-retrovirais (ARV), no tratamento da infecção pelo vírus HIV/AIDS. O primeiro medicamento a ser utilizado foi a Zidovudina (AZT), que prolongou a vida e diminuiu a incidência

de infecções oportunistas em pacientes portadores do vírus HIV (Graham et al.,1992).

No mundo, foram realizados estudos com administração de Zidovudina, em mulheres soropositivas ao vírus HIV em dois momentos: durante a gestação e no momento do parto. Os recém-nascidos foram acompanhados com a finalidade de avaliar se havia ocorrido redução na incidência da transmissão vertical do vírus HIV ou surgimento de cepas resistentes ao medicamento. O estudo de maior destaque foi aquele realizado nos Estados Unidos pelo PEDIATRIC AIDS CLINICAL TRIAL GROUP PROTOCOL 076 (PACTG 076), com a colaboração de pesquisadores franceses. Nesse estudo, realizado de 1988 a 1994, foi administrado Zidovudina em 188 mulheres soropositivas ao vírus HIV, durante a gestação, no momento do parto e no recém-nascido durante seis semanas de vida. Com o uso desse agente ARV, ocorreu queda em 67% na incidência de transmissão vertical do vírus (Connor et al., 1994).

Outros estudos também confirmaram a redução nas taxas de transmissão vertical pelo vírus HIV, com o uso da Zidovudina, entretanto, surgiram questionamentos sobre a necessidade da introdução de agentes anti-retrovirais mais potentes e mesmo sobre a associação de outras drogas (Wilfert,1996; Gibb et al., 1997).

Após a publicação dos resultados obtidos com o protocolo ACTG 076 em 1994, o serviço de saúde pública dos EUA, sugeriu que todas as gestantes soropositivas para o HIV, independente dos níveis sangüíneos de CD4, deveriam receber tratamento a partir da 14ª semana de gestação até o parto, e ao longo do trabalho de parto. A recomendação, também, incluía o tratamento do recém-nascido e a oferta do teste anti-HIV a todas as gestantes.

O Ministério da Saúde do Brasil, em 1995, publicou a primeira recomendação de profilaxia para a redução da transmissão vertical (Brasil, 1995), baseada nos resultados do estudo do PACTG (Connor et al., 1994). Com a publicação da Lei Federal 9313 de 13 de novembro de 1996, foi garantido ao

portador do HIV, acesso gratuito e universal à terapia anti-retroviral (TARV) estabelecido pelo consenso terapêutico brasileiro (Brasil, 1996).

De acordo com os dados publicados após a realização do protocolo ACTG 076, foram feitas as seguintes recomendações (Brasil, 1995):

- 1ª - que seja oferecido o teste anti HIV a toda gestante, com *aconselhamento pré e pós teste*;
- 2ª - iniciar o tratamento com AZT oral, a partir da 14ª semana de gestação, até o momento do parto, independente dos níveis sanguíneos de CD4, estado clínico ou uso concomitante de outros anti-retrovirais;
- 3ª - administrar AZT por via endovenosa à parturiente, desde o início do trabalho de parto, até o clampeamento do cordão umbilical;
- 4ª - o recém-nascido deve receber solução oral, iniciando, de preferência, nas primeiras oito horas até no máximo, 24 horas após o parto e mantê-la até a sexta semana de vida;
- 5ª - nas mulheres que não receberam AZT durante a gestação, administrá-lo durante o trabalho de parto;
- 6ª - os recém-nascidos devem receber a medicação mesmo que a mãe não tenha recebido na gestação ou durante o parto, e não devem receber aleitamento materno ou aleitamento materno cruzado.

Desde a instituição das recomendações para a redução da transmissão vertical, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, constituiu um comitê assessor com a atribuição de possibilitar a incorporação, à política brasileira das recomendações de uso de TARV em gestantes, além de outras diretrizes voltadas à redução da transmissão vertical do HIV. Pelas recomendações da TARV os riscos materno-fetais são considerados e balanceados (Brasil, 2001). Sua última versão foi publicada no ano de 2007 (Brasil, 2007).

Um estudo realizado por Connor et al em 1994 apresentou taxa de transmissão vertical do vírus HIV, sem a realização de qualquer intervenção, de 25,5%. Outros estudos publicados, que relatam uso de intervenções preventivas para a redução da transmissão vertical, apontam índices que variaram entre zero a 2% (Brasil, 2007).

No Brasil, até junho de 2005, dados epidemiológicos mostraram que cerca de 83,7% de soropositividade ao HIV, em crianças menores de 13 anos, ocorreram por transmissão vertical. Em números absolutos significa que dentre os 11.901 casos notificados da AIDS, em crianças menores de treze anos de idade, 9.965 ocorreram por transmissão vertical (Brasil, 2005).

Ainda no Brasil, o estudo de Nogueira et al (2001), aponta uma taxa de transmissão vertical de 1,6% quando o protocolo ACTG 076 era usado; o de Succi (2002) relata que num grupo de 111 crianças expostas ao vírus e cujas mães receberam terapia tripla, nenhuma criança foi infectada pelo HIV.

## 2. Revisão da Literatura

---

---

## **2.1 Trajetória e o estado atual do HIV/AIDS**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1997, publicou dados sobre a infecção pelo HIV e AIDS no mundo. Relatou que desde o início da epidemia até o ano de 1997, mais de 30 milhões de pessoas estavam infectadas pelo vírus HIV (representando um em cada 100 adultos na faixa etária entre 15 e 49 anos) e 1,1 milhão de crianças (indivíduos com idade inferior a 15 anos). Somente no ano de 1997, foram 5,8 milhões de pessoas infectadas pelo vírus e destes 2,1 milhões eram do sexo feminino e 590 mil crianças. De acordo com esses dados, surgiram 16 mil novos casos por dia, incluindo crianças infectadas ao nascimento e pelo leite materno (WHO, 1997).

Em 1997 o grupo assessor do programa de AIDS no Brasil, relatou que o crescimento da doença foi de 20% ao ano no mundo e quase 90% dos casos notificados e acumulados até esse ano ocorreu por meio de relação sexual (Brasil, 1997).

Estimou-se ainda, que no ano 2000 mais de 35 milhões de pessoas no mundo seriam portadores do vírus HIV. Diariamente, 1600 mulheres transmitiriam o vírus para seus filhos (Mandelbrot, 2001).

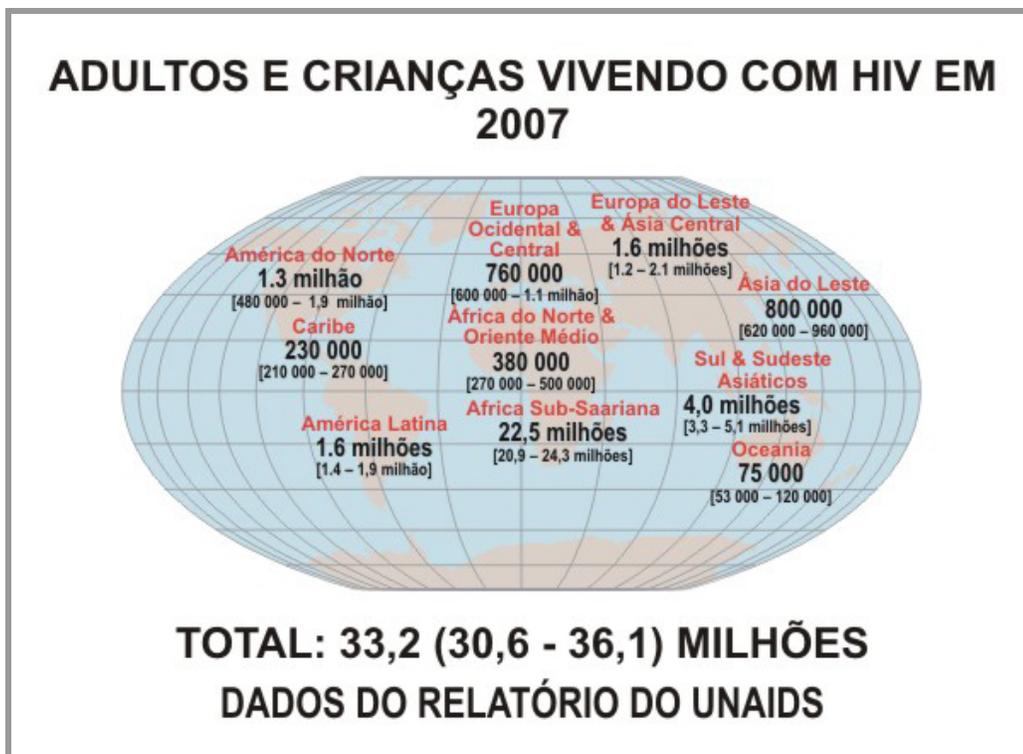
A África e a Ásia Meridional são os continentes mais afetados pela epidemia e neles a proporção de mulheres entre a população soropositiva ao vírus HIV é a mais elevada (Mandelbrot, 2001).

Na África, mais da metade dos casos de AIDS correspondem a mulheres jovens e, em algumas regiões, o número de mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV varia entre 30% e 50%. Já na Europa Ocidental, a situação é menos grave, os números se apresentam em queda devido ao uso dos anti-retrovirais (Mandelbrot, 2001).

Na Guiana, nas Antilhas e na América do Norte, a incidência de casos de AIDS, vem aumentando e a proporção de mulheres contaminadas situa-se entre 20 e 25% do total de notificações de soropositividade (Mandelbrot, 2001).

Uma pesquisa realizada por Matida e Marcopito (2002) traz registros de estudos italianos de casos de crianças infectadas pelo HIV no período de novembro de 1980 a dezembro de 1997. A ocorrência foi de 1.142 crianças infectadas pelo vírus HIV por transmissão vertical, sendo que destas, 421 (36,9%) foram a óbito com uma mediana de idade de 3,3 anos. Em pesquisas européias e norte-americanas, a letalidade de crianças com AIDS até 15 meses de idade, foi de aproximadamente 5%. Entretanto, em Kinshasa, Brazavile e Kigali, na África, a letalidade até 12 meses de idade variou de 12 a 39%, dependendo do nível socioeconômico e do estágio da doença da mãe. (Matida e Marcopito, 2002).

Segundo relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a prevalência de infecção pelo HIV no mundo estimada para 2007 era que 33,2 milhões de pessoas (figura 1), sendo que deste total, 15,4 milhões seriam mulheres e 2,5 milhões seriam menores de 15 anos. Ainda, a cada dia, na atualidade, mais de 6.800 pessoas contraem o vírus HIV e mais de 5.700 pessoas morrem por causa da AIDS, sendo que a maioria dos casos de infecção e óbito ocorre por falta de acesso adequado aos serviços de saúde, prevenção e tratamento dos portadores do HIV (OMS, 2007).



Fonte: UNAIDS/ Organização Mundial da Saúde (OMS), 2007.

**Figura 1.** Número de adultos e crianças vivendo com HIV em 2007 no mundo

## 2.2 A Epidemia ao redor do mundo

### 2.2.1 O Continente Asiático

Na China, estimou-se que, em 2000, a relação de sexo homem/mulher, para a infecção pelo HIV, em nível nacional era de 117:100 (Guilmoto, 2005).

O aumento da doença neste país mostra a necessidade de melhorar e ampliar os programas de redução de danos, em especial entre mulheres, devido ao número crescente de infecção nessa população por meio de uso de droga injetável com materiais contaminados com HIV e da prática de sexo desprotegido (ONUSIDA, 2008a).

Segundo o Ministério da Saúde da China, em 2007, a maioria das pessoas com o vírus vivia nas províncias de Henan, Guangdong, Guangxi, Xinjiang e Yunnan e quase a metade das pessoas contaminadas adquiriu o vírus

por meio de uso de droga com materiais contaminados ou por relações sexuais não protegidas (ONUSIDA, 2008a).

Dados epidemiológicos referidos por Zhang, Hu e Hesketh revelam que em 2006, os centros de assistência pré-natal constataram que 0,3% das mulheres grávidas estavam infectadas pelo vírus HIV, sendo que a prevalência poderia chegar até 1,6% em algumas regiões (ONUSIDA, 2008a).

A epidemia da AIDS na Índia varia entre os estados e regiões, sendo a prevalência mais elevada nos quatro estados do sul do país (Andra Pradesh, Karnataka, Maharashtra e Tamil Nadu) (ONUSIDA, 2008a). A prevalência da infecção é mais elevada entre os profissionais do sexo, sendo observadas taxas progressivamente mais elevadas entre homens que mantêm relações sexuais com homens. Também o vírus HIV tem se propagado na população em geral, e em alguns estados, vem aumentando os casos entre mulheres consideradas de baixo risco, provavelmente infectadas pelos seus parceiros que mantêm relações sexuais não protegidas com profissionais do sexo (Lancet, 2006).

Nas regiões da Ásia Meridional e sudeste, a epidemia afeta um número grande de pessoas, sendo estimado que 4,0 milhões de pessoas viviam com o vírus HIV em 2007. As tendências epidêmicas variam nas sub-regiões, sendo que a prevalência da infecção está aumentando no Vietnã e na Indonésia, enquanto que em Mianmar, Tailândia e, principalmente, Camboja tem sido evidenciado decréscimo (ONUSIDA, 2008b).

A epidemia do HIV na Indonésia é a que está crescendo com maior rapidez. No início da epidemia, a maioria das pessoas era infectada pelo uso de droga injetável. Entretanto, atualmente, a doença passou a se disseminar nas parceiras dos usuários de drogas injetáveis e entre as profissionais do sexo. Há evidências de que no Camboja os esforços realizados para prevenção da transmissão do HIV pode ter ajudado a reverter à epidemia. Em 2006, a prevalência nacional na população adulta desse país foi estimada em 0,9%, enquanto que em 2003 era de 1,2% (ONUSIDA, 2008b).

Na Tailândia, o número anual de novas infecções vem diminuindo, ao mesmo tempo em que uma proporção substancial das novas infecções do vírus HIV incide na população que mantém relações sexuais sem proteção com profissionais do sexo (ONUSIDA, 2008b).

Em Mianmar, a epidemia também está mostrando sinais de retrocesso, sendo que a prevalência do HIV em mulheres grávidas, que em 2002 era de 2,2%, passou para 1,5% em 2006 e a prevalência do vírus HIV entre as mulheres atendidas nos serviços de pré-natal, informada pelos centros de vigilância, foi de 13% na província de Yangon, 5,5% na de Kawthaung e 6,5% na província de Muse (ONUSIDA, 2008b).

Na Malásia, a epidemia do HIV se concentra principalmente em torno de práticas inseguras de uso de drogas injetáveis e nas Filipinas, o HIV tem uma pequena prevalência nacional, estimada em adultos abaixo de 0,1% (ONUSIDA, 2008b).

Já nas regiões da Ásia Central, o total de pessoas que vivem com o vírus HIV são superiores a 1,6 milhões, sendo que 150 mil pessoas se infectaram com o vírus em 2007. O número de casos aumentou também no Azerbaijão, Geórgia, Moldova e outras repúblicas da Ásia Central.

Reconhece-se que o aumento do número de novos casos observados está mais relacionado à maior disponibilidade e, portanto, maior acesso ao teste para o diagnóstico dessa infecção entre população de maior risco e gestante do que incremento de sua prevalência (ONUSIDA, 2008b).

### **2.2.2 O Continente Europeu**

Nos países da Europa Ocidental, a Espanha, França, Itália e o Reino Unido têm prevalências mais elevadas da infecção e na Europa Central, três países se destacaram com maior número de notificações, a Polônia, a Turquia e a Romênia. Entretanto, é nos países da Europa Oriental que está o maior número de casos de infecção pelo HIV notificados.

Começando com os dados da Rússia analisados, verifica-se que continua crescendo a epidemia, porém num ritmo menor que no final da década de 90. O número de casos notificados está em torno de 370 mil. O consumo de drogas continua sendo o modo mais predominante de transmissão, mas a forma de relação heterossexual vem aumentando desde o final da década de 90. Menos de 1% das transmissões se atribuem às relações homossexuais. No total, 44 % dos novos casos no ano de 2006 corresponderam a mulheres. A prevalência nacional em gestantes nos anos de 2005/2006 foi de 0,4 %, mas pode chegar a 1% ou mais em algumas áreas como São Petesburgo e Oremburgo (ONUSIDA, 2008b).

Na Ucrânia, o número de diagnósticos da presença do vírus HIV aumentou mais que o dobro após 2001, ascendeu de 16.094 em 2006 para mais de 8700 casos nos primeiros meses de 2007. O sudeste da Ucrânia, bem como a República Autônoma da Criméia, juntamente com a capital Kiev representam mais de 70% dos casos registrados neste país. A prevalência entre usuários de droga varia entre 10% e 89% e entre profissionais do sexo, de 4% a 27%. Também na Moldova, desde 2003, o número de casos de pessoas infectadas pelo vírus HIV vem aumentando, chegando a 621 em 2006, onde mais da metade destes casos foi atribuído a relações sexuais sem proteção (59%) (ONUSIDA, 2008b).

Nos países da região do Cáucaso, o número de pessoas infectadas pelo HIV vem aumentando nos últimos anos. Na Geórgia, mais da metade dos 1.156 casos foram comunicados nos últimos três anos e o número total de infectados se eleva a cada ano. Na Armênia, embora em menor magnitude, o número de casos vem aumentando, principalmente entre usuários de drogas e predominantemente entre homens, com prevalência de 9% nesta população e de 2% entre as profissionais do sexo (ONUSIDA, 2008b).

No Azerbaijão, quase metade dos casos (47%) foram notificados nos anos de 2005/2006; mais da metade dos casos está em Baku (capital), onde a prevalência em usuários de droga injetável é de 13%, além de alta prevalência de outras doenças de transmissão sexual como sífilis (9%) e clamídia (63%) entre

profissionais do sexo, entre os quais o uso de preservativos é muito pouco freqüente (ONUSIDA, 2008b).

### **2.2.3 O Continente Africano**

Segundo dados registrados em 2007, a região da África Subsaariana continua sendo a mais afetada no mundo pela AIDS, mais de dois terços das pessoas são portadoras do vírus HIV e nessa região, comparativamente a outras do mesmo continente, a maioria das pessoas são mulheres (ONUSIDA, 2008b).

No Zimbábue, a prevalência de mulheres grávidas portadoras do vírus HIV atendidas nos serviços de pré-natal tem diminuído significativamente nos últimos anos, de 26%, em 2002, para 18%, em 2006. Entre as grávidas jovens de (15 a 24 anos de idade), a prevalência diminuiu mais, passando de 21% para 13% no mesmo período. A prevalência mais alta (22%) se deu entre as grávidas atendidas em serviços de pré-natal das áreas agrícolas e de minério (ONUSIDA, 2008b).

Os últimos dados da vigilância epidemiológica da África do Sul, referente aos serviços de pré-natal, sugerem que os níveis de infecção pelo vírus HIV podem estar se estabilizando, com a prevalência de mulheres grávidas contaminadas passando de 30% para 29% em 2006. Entretanto, nas diferentes províncias desse país, a epidemia varia consideravelmente (ONUSIDA, 2008b).

Em 2005, no Lesoto, a prevalência de mulheres grávidas na faixa etária de 25 a 29 anos atendidas nos serviços de pré-natal foi de 38%, representando 57% das pessoas que são portadoras do vírus HIV. Dados da vigilância epidemiológica desse país revelam a ocorrência de diminuição dos níveis de infecção do HIV em mulheres grávidas jovens (15 a 24 anos) de 25%, em 2001, para 21%, em 2006 (ONUSIDA, 2008b).

Já na Namíbia, em 2006, a proporção de casos de mulheres grávidas atendidas nos serviços de pré-natal foi de uma para cada cinco mulheres. Desde 1990, entre jovens grávidas, houve relativa estabilidade e entre as mulheres de 30

a 40 anos, houve um aumento, o que indica, portanto, a necessidade, de melhoria nas iniciativas de prevenção voltadas especialmente para esse grupo (ONUSIDA, 2008b).

Em Botsuana, ocorreu uma diminuição da prevalência da infecção entre mulheres grávidas atendidas nos serviços de pré-natal nos últimos anos, variando de 36%, em 2001, para 32%, em 2006. Entretanto, a prevalência entre as jovens grávidas continua alta, sendo de 18% a proporção daquelas infectadas pelo HIV em 2005 (ONUSIDA, 2008b).

Em Moçambique e Malauí, dados epidemiológicos indicam aumento da prevalência do HIV/AIDS, no início do novo milênio, depois de um período de estabilização da epidemia. A média da prevalência do HIV entre as mulheres grávidas em Malauí está se mantendo entre 15% e 17% (ONUSIDA, 2008b).

A prevalência de portadores do vírus HIV na Zâmbia sinaliza diminuição, tanto para a faixa etária de mulheres grávidas entre 15 e 19 anos quanto para aquelas entre 20 e 24 anos, quando comparado os anos de 1994 e 2004. Em locais como Madagascar, a prevalência de mulheres grávidas portadoras do vírus HIV é baixa e, nas ilhas Maurício, a infecção foi diagnosticada com prevalência mais alta entre mulheres usuárias de drogas injetáveis (ONUSIDA, 2008b).

Na maioria dos países da África Oriental, a prevalência do HIV em adultos está estabilizada, apresentando indícios de decréscimo. Segundo pesquisa nacional de 2004/2005, Uganda é o primeiro país da África Subsaariana a registrar decréscimo na prevalência nacional de adultos infectados por HIV. Os níveis mais elevados de infecção se mantêm entre mulheres e residentes em zonas urbanas ( se comparados com residentes de zona rural). A prevalência do HIV entre as mulheres grávidas atendidas nos serviços de Kampala e algumas outras zonas urbanas está se mantendo estável nesta década. No Quênia, a prevalência do HIV tem diminuído, passando de 14%, em 1990, para 5%, em 2006. Na República Unida de Tanzânia, a prevalência do HIV também vem diminuindo, enquanto que os serviços de pré-natal de Ruanda e Burundi, depois

de 2005 registram um aumento na prevalência de mulheres no seu atendimento (ONUSIDA, 2008b).

Na Etiópia, a estimativa, em 2005, da prevalência do HIV em adultos foi de 1,4%. No mesmo ano, na Eritreia e na Somália, a prevalência do HIV em mulheres atendidas em serviços de pré-natal variou de 2,3% a 2,4% (ONUSIDA, 2008b).

Na Nigéria, a prevalência do HIV em mulheres atendidas nos serviços de pré-natal parece se manter estável. Quando se compara diferentes regiões e estados, ocorre uma variação de casos entre 1,6%, em Ekiti, e 10% em Benue (ONUSIDA, 2008b).

Em 2006, em Benin, a prevalência do HIV na população adulta permaneceu estável, por volta de 1,2% de infectados em todo o país. Em Burkina Faso e Mali, a epidemia, também apresentou um decréscimo, enquanto que em Togo a prevalência foi das mais altas da África Ocidental, 4,2% entre as mulheres atendidas nos serviços de pré-natal foi de (ONUSIDA, 2008b).

A prevalência de casos de mulheres grávidas soropositivas em Gana, Costa do Marfim, Serra Leoa e na República Democrática do Congo, variou de 2,3 a 6,9% no período de 2000 a 2006. Na República dos Camarões, nos últimos anos, não foi feita a vigilância epidemiológica sobre HIV/AIDS, entre mulheres grávidas, o que impossibilitou avaliar a evolução da epidemia nesse país (ONUSIDA, 2008b).

#### **2.2.4 Na Oceania**

Estima-se que em 2007, 14 mil pessoas contraíram o vírus HIV na Oceania, o que eleva para uma média de 75 mil pessoas vivendo com o vírus nessa região. Mais de 70% dessas pessoas vivem em Nova Guiné, e se estima que as relações sexuais sem proteção sejam a principal via de transmissão do HIV. Na Austrália e na Nova Zelândia, a principal via de transmissão, também é por relações sexuais desprotegidas. Na Nova Zelândia, já são registrados casos

de contração do vírus por relações heterossexuais desprotegidas (ONUSIDA, 2008b).

### **2.2.5 No Continente Americano**

No Caribe, as relações sexuais desprotegidas com profissionais do sexo é a principal via de infecção do vírus HIV. Na República Dominicana, na Jamaica e na Guiana, a prevalência do HIV entre as mulheres profissionais do sexo é, respectivamente 3,5%, 9% e 31%. (Allen et al., 2006 e ONUSIDA, 2008b).

No Haiti, a prevalência do vírus HIV entre as mulheres atendidas nos serviços de pré-natal se mantém estável (3,1%), conforme estudo sentinela realizado em 2006. Nas Bahamas, Trinidad e Tobago, Barbados, Bermudas e Porto Rico, a epidemia de HIV se mantém estável nos últimos anos, sendo que em Barbados essa estabilidade é relativa (ONUSIDA, 2008b).

Na Argentina, as relações sexuais sem proteção têm se tornado a principal via de transmissão do vírus HIV (Cohen, 2006).

No Uruguai, dados de 2005 registram casos de pessoas contaminadas pelo vírus concentrados na capital Montevideu e seus arredores, apontando que as relações sexuais sem proteção são responsáveis por aproximadamente dois terços dos casos de pessoas com o vírus HIV nesse país (ONUSIDA, 2008b).

No Paraguai a epidemia do vírus HIV se concentra principalmente na capital Assunção. A prevalência do HIV entre mulheres grávidas a nível nacional foi de 0,3% em 2005 (ONUSIDA, 2008b).

Na Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru, as infecções pelo vírus HIV concentram-se entre homens que tem relações sexuais com homens (Martínez, Elea y Chiu, 2006; ONUSIDA, 2008b).

Recentemente, em Honduras, estudos registram que a transmissão do vírus HIV está acontecendo por meio de relações sexuais sem proteção (ONUSIDA, 2008b).

## 2.3 A Epidemia no Brasil

Por volta de um terço das pessoas que vivem com o vírus HIV na América Latina estão no Brasil. Nos últimos anos tem ocorrido um aumento de casos de infecção pelo vírus HIV em mulheres (Dourado et. al., 2007).

A AIDS passou a ser reconhecida no Brasil no início dos anos 80 e caracterizada como uma doença infecciosa, transmissível, em expansão e sem cura efetiva. (Dias, 1999).

Na primeira metade da década de 80, a identificação de novos casos se restringiu aos grandes centros dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Ao final desta década, ocorreu a disseminação da doença para outras regiões do país e cidades de médio e pequeno porte (Rodrigues e Castilho, 2004).

No início da epidemia, essa doença era considerada enfermidade de homossexuais masculinos, de usuários de drogas injetáveis, dos hemofílicos/transfundidos e, no máximo, de suas parceiras sexuais. No entanto, dados epidemiológicos apontam para mudança do padrão de transmissão, a proporção de mulheres adultas adquirindo a doença vem aumentando, sendo que a razão entre homens e mulheres que em 1984 era de 23 casos de homens com a síndrome da imunodeficiência adquirida para uma mulher passou para 2:1 no ano 2000 (Amaral, 2004). No ano de 2005, a razão entre os sexos se encontrava em 1,5 homem para cada mulher (Brasil, 2006c).

Entre janeiro de 1980 e agosto de 2000, a epidemia da AIDS, em São Paulo, já havia registrado 92.585 casos confirmados, sendo que desses casos 22.968 eram notificações de mulheres. A transmissão vertical aparece como a responsável por cerca de 2.979 casos pediátricos (menores de 13 anos) e cerca de 88% dos casos notificados foram após 1998 (São Paulo, 2000).

No país, a primeira ocorrência de caso de transmissão perinatal foi no ano de 1985. Desde então, essa categoria de exposição vem aumentando ano a ano. No estado de São Paulo, conforme um estudo sentinela com um grupo de gestante, realizado em 2000, estimou-se que 4.612 do total de gestantes que

viesses a parir estariam infectadas pelo vírus HIV. Essa situação colocava em evidência o fato de que, se nenhuma medida de prevenção ocorresse, cerca de 1.153 crianças nasceriam infectadas por transmissão vertical (São Paulo, 2000).

Foram notificados no Sistema de Vigilância Epidemiológica no estado de São Paulo, até 31 de dezembro de 2001, 106.873 casos de óbitos pela AIDS. Quando analisamos os casos notificados por região, verificamos que do total, 47.047 (44,2%) residiam no município de São Paulo, seguidos pelo município de Santos e Campinas (São Paulo, 2002).

Conforme dados epidemiológicos, até junho de 2005, cerca de 83,7% dos casos de soropositividade ao vírus HIV, em crianças menores de 13 anos, ocorreram pela transmissão vertical. Em números absolutos, do total de casos notificados de AIDS nessas crianças (11.901), 9.965 ocorreram por essa via de transmissão (Brasil, 2005).

Ao analisarmos dados de AIDS do Ministério da Saúde em gestantes HIV positivas no Brasil, referente ao período de janeiro de 1980 a junho de 2006 verificou-se a existência de 433.067 casos notificados de AIDS. Desses, 62,3% (269.910 casos) se concentram na região Sudeste, 17,9% (77.639) na região Sul, 11% (47.751 casos) no Nordeste, 5,6% (24.086 casos) no Centro-Oeste e 3,2% (13.681 casos) no Norte (Brasil, 2006c).

Do total de casos notificados no mesmo período, 67,2% foram de homens (290.917 casos) e 32,8% de mulheres (142.138 casos), sendo que a faixa etária que obteve o maior número de casos foi dos 20 aos 49 anos, representando 85,9% dos casos masculinos e 81,5% dos casos femininos (Brasil, 2006c). Dados de gestantes soropositivas ao vírus HIV notificadas no SINAN durante o período de janeiro de 2000 a novembro de 2006 foi de 31.921 casos, sendo a região Sudeste que apresentou maior número de notificações (53%) e a região Norte, o menor 3%. No estado de São Paulo, no período de janeiro de 2000 a junho de 2006, foram notificados 9.981 desses casos. A cidade de São Paulo continua notificando 40,4% dos casos, seguida pela cidade de Santos e Campinas (Brasil, 2006c).

Na Regional de Saúde de São João da Boa Vista-SP, o crescimento exponencial de infectados ocorreu na década de 90, e não na de 80, como ocorreu nas grandes cidades do estado de São Paulo. Com o aumento dos casos da doença no sexo feminino, a transmissão vertical tornou-se a principal forma de transmissão do vírus HIV em crianças menores de 13 anos de idade. Foi disponibilizada no Laboratório de Saúde Pública desta Regional a realização do teste anti-HIV a todas as gestantes que realizaram pré-natal na rede básica dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de São João da Boa Vista (São João da Boa Vista-SP, 1999).

Ainda na Regional de Saúde de São João da Boa Vista, SP, no ano de 2003, foi instituído em todas as maternidades o teste rápido para o diagnóstico do vírus HIV em gestantes admitidas para resolução de gravidez. No período de 2000 a 2003, foram notificados em 11 municípios, 54 casos de gestantes soropositivas ao vírus HIV e seus filhos expostos a transmissão vertical do HIV (São João da Boa Vista-SP, 2004).

## 3. Objetivos

---

---

### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar as ações de prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDS durante o pré-natal, parto e puerpério, bem como as ações de vigilância epidemiológica entre as mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV residentes em um município do interior do estado de São Paulo.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar os dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV e de crianças expostas ao risco de transmissão vertical, na Regional de Saúde XIV - Grupo Técnico Vigilância Epidemiológica XXVI de São João da Boa Vista-SP, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005;
- Investigar entre os profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e Hospital do município sede do Departamento Regional de Saúde XIV quais são seus conhecimentos e estratégias relativas às atividades voltadas à profilaxia da transmissão vertical do vírus HIV.

## 4. Material e Métodos

---

---

Para atender aos objetivos dessa pesquisa, optou-se por realizar um estudo misto, ou seja, com abordagem quantitativa e qualitativa em duas fases distintas, porém inter-relacionadas.

## **4.1 PRIMEIRA FASE: QUANTITATIVA**

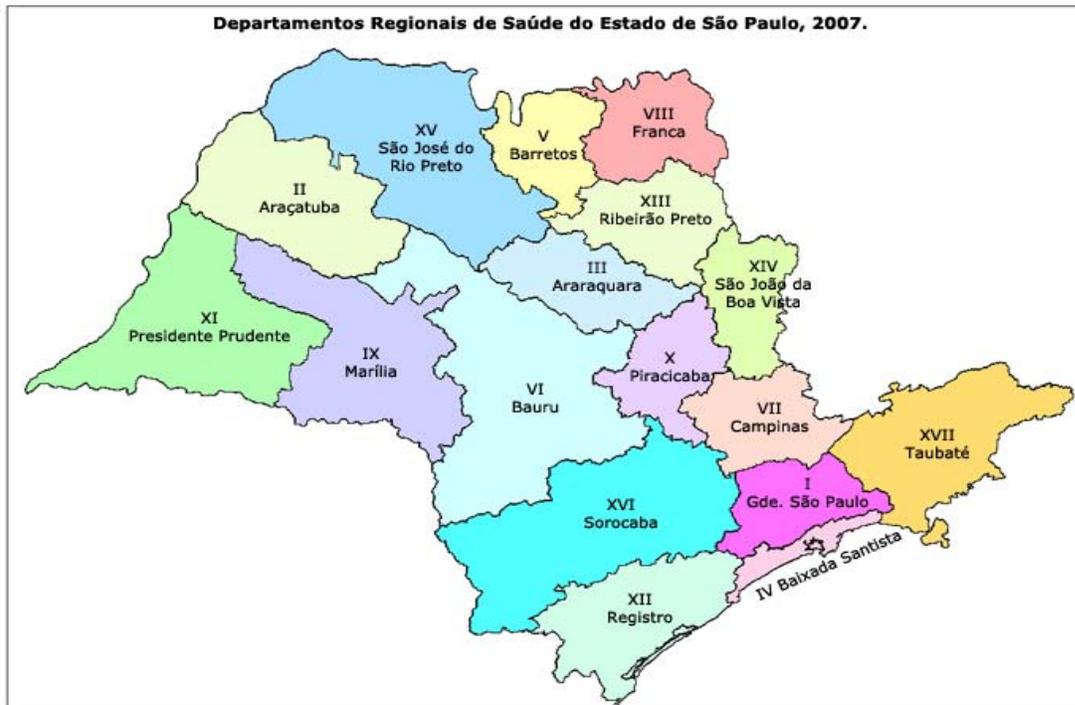
### **4.1.1 Tipo de Estudo**

Este é um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, que procurou identificar e analisar os pontos falhos nas atividades da vigilância epidemiológica e de assistência a gestantes soropositivas para o vírus HIV.

### **4.1.2 Cenário do Estudo**

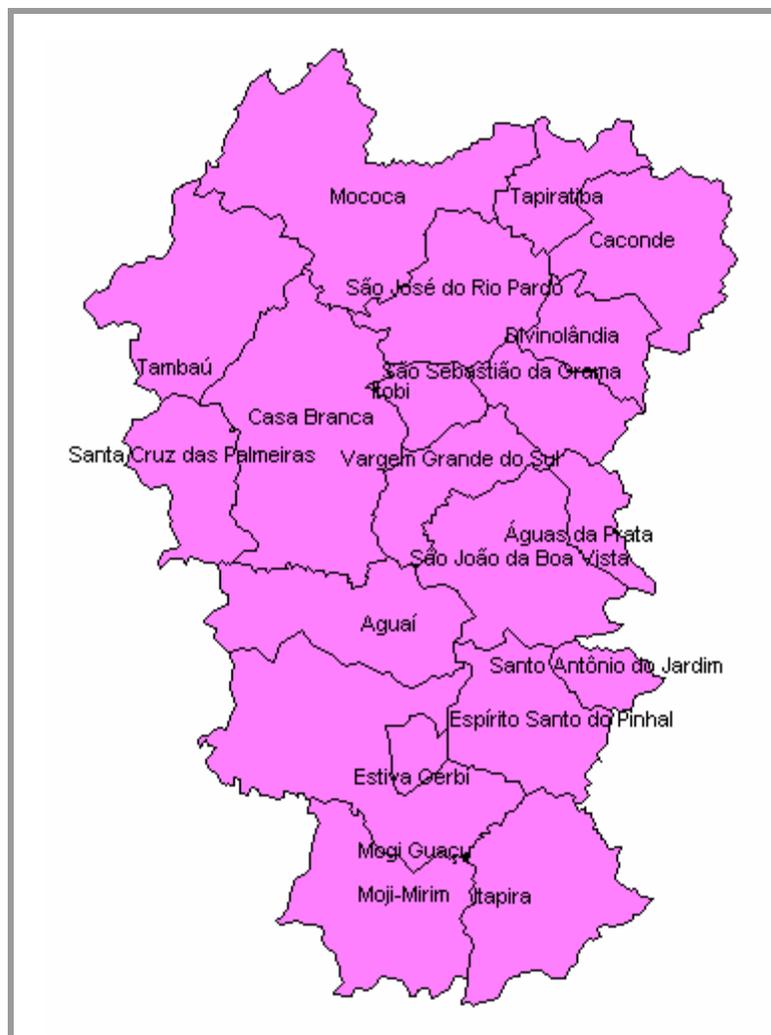
Este estudo ocorreu no Departamento Regional de Saúde - DRS XIV, Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI de São João da Boa Vista, cidade localizada no interior do estado de São Paulo, Brasil.

A criação dos Departamentos Regionais de Saúde I a XVII se deu quando o governador do Estado de São Paulo, por meio do decreto nº 51.433, publicado em 28 de dezembro de 2006(b), no Diário Oficial do Estado, alterou a denominação e dispôs sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde (DIRs) (figura 2). O que justificou tal modificação foi a consideração de que as organizações em estruturas funcionais permitem o desenvolvimento de ações mais adequadas à nova realidade do sistema de saúde nacional.



**Figura 2.** Distribuição dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) I a XVII no estado de São Paulo, Brasil, 2008.

O Departamento Regional de Saúde - DRS XIV, Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI (GVE) de São João da Boa Vista, está localizado a 130 Km do município de Campinas, SP, a nordeste do estado de São Paulo, e é composto por 20 municípios: Aguai, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Itapira, Itobi, Mococa, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul (figura 3). Os dados coletados pertencem a 11 municípios que notificaram casos de gestantes soropositivas e crianças expostas à transmissão vertical.



**Figura 3.** Distribuição das cidades pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIV de São João da Boa Vista, estado de São Paulo, Brasil, 2008.

O DRS XIV contava com uma população geral, em 2007, de 808.653 habitantes, sendo que a população feminina era de 404.178 e a masculina de 404.475 (Datasus, 2007)<sup>2</sup>.

A população de mulheres em idade fértil era de 205.056 e os nascidos vivos, por residência da mãe, foram de 10.107 crianças (Datasus, 2007).

Para assistência hospitalar, esta regional conta com 15 hospitais gerais filantrópicos, dois hospitais gerais públicos (municipais), dois hospitais

<sup>2</sup> [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

particulares/convênio, um hospital regional, administrado pelo Consórcio da Região de Governo e cinco hospitais psiquiátricos, sendo que um deles é de administração pública (São João da Boa Vista, 2007).

#### **4.1.3 População de Estudo**

Para a realização deste estudo, a opção foi por trabalhar com dados secundários registrados nas fichas de notificação epidemiológica de mulheres grávidas portadoras do vírus HIV, no Grupo de Vigilância Epidemiológica da região de estudo, ocorridas no período de 2000 a 2005.

#### **4.1.4 Coleta dos Dados**

As investigações sobre os dados e a coleta dos mesmos ocorreram no setor de Vigilância Epidemiológica do SINAN, referentes a 11 municípios sob a responsabilidade do Grupo Técnico Vigilância Epidemiológica - GVE XXVI de São João da Boa Vista e que notificaram casos.

##### **4.1.4.1 Variáveis selecionadas para o estudo**

As variáveis para estudo foram selecionadas da ficha de notificação epidemiológica (cf. Anexo 1), como seguem:

- Dados Gerais:
  - Município de notificação;
  - Unidade de Saúde de notificação.
- Dados do Caso:
  - Gestante/parturiente/mãe da criança exposta;
  - Data de nascimento;
  - Idade;
  - Raça/cor;
  - Escolaridade (em anos de estudos concluídos).

- Dados de Residência:
  - Logradouro;
  - Bairro;
  - Zona.
- Dados Complementares do Caso:
  - Evidência laboratorial do HIV;
  - Parceiro HIV+/AIDS;
  - Com múltiplos parceiros;
  - Parceiro mantém relações sexuais com homens e mulheres;
  - Parceiros com múltiplos parceiros;
  - Parceiro usuário de drogas injetáveis;
  - Parceiro transfundido;
  - Parceiro hemofílico;
  - Usuária de drogas injetáveis;
  - História de transfusão de sangue/derivados.
- Dados do Pré-Natal:
  - Município de realização do pré-natal;
  - Unidade de realização do pré-natal;
  - Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal;
  - Data provável do parto;
  - Caso confirmado de AIDS;
  - Em uso de anti-retrovirais para tratamento;
  - Se realizada profilaxia com anti-retroviral e idade gestacional de início (semanas);
  - Se não fez profilaxia e motivos.
- Dados do Parto:
  - Município do local do parto;
  - Local de realização do parto;
  - Data do parto;
  - Idade gestacional (semanas);
  - Pré-natal;

- Número de consultas;
- Município de realização do pré-natal;
- Unidade pré-natal;
- Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas);
- Tempo de ruptura das membranas (horas);
- Evolução da gravidez;
- Gestação múltipla;
- Uso de anti-retroviral durante o parto;
- Data do óbito materno.
- Dados da Criança:
  - Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas);
  - Município da unidade de acompanhamento da criança;
  - Nome da criança;
  - Data de nascimento;
  - Aleitamento materno;
  - Aleitamento cruzado;
  - Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas);
  - Utilização de outro anti-retroviral;
  - 1ª carga viral - Resultado;
  - 2ª carga viral - Resultado;
  - 3ª carga viral - Resultado;
  - Sorologia anti-HIV aos 18 meses;
  - Encerramento do caso;
  - Data do óbito;
  - Causa do óbito da criança relacionado à AIDS.

As fichas que foram incluídas no estudo referem-se a todas as notificações do período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Entretanto, aquelas notificadas tardiamente e que pertenciam a outro período, mesmo que constassem no registro do SINAN, foram excluídas do estudo. Os dados foram digitados, analisados e as informações obtidas constituíram elementos relevantes

para orientar a elaboração do roteiro guia (cf. Apêndice 4) para a fase qualitativa do estudo.

#### **4.1.5 Análise e tratamento dos Dados**

As fichas de notificação epidemiológica de mulheres soropositivas ao vírus HIV e seus filhos foram revisadas. Os dados foram digitados em uma máscara (programa *excel*) (cf. Apêndice 3) que continha variáveis selecionadas dessas fichas. A análise foi feita utilizando-se recurso estatístico do epi-Info6.

## **4.2 SEGUNDA FASE: QUALITATIVA**

### **4.2.1 Tipo de Estudo**

Esta etapa do estudo foi descritiva, com abordagem qualitativa, constituída pela investigação dos conhecimentos e estratégias relativas às atividades voltadas à profilaxia da transmissão vertical do HIV, bem como as percepções sobre as limitações para o sucesso dessas ações entre os profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e Hospital do município sede do Departamento Regional de Saúde XIV. Foram analisados, também, os motivos para as ocorrências dessas limitações, tanto as de caráter institucional quanto àqueles ligadas à prática dos profissionais de saúde. Segundo Minayo (2006), o conhecimento das particularidades dos grupos permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propiciando a construção de novas abordagens e novos conceitos. No caso desse projeto, isso permite entender o processo de trabalho e compreender as atitudes e ações dos enfermeiros e médicos que dispensam cuidados às gestantes infectadas com o HIV. Esse tipo de abordagem pode ser útil para os programas de saúde, incluindo aqueles relacionados à atenção primária à saúde, assistência específica aos portadores do HIV/AIDS, entre outros (Tobar e Yalor, 2002).

### **4.2.2 Cenário do Estudo**

O estudo ocorreu no município sede do Departamento Regional de Saúde XIV, o qual possuía, em 2007, população total de 84.395 habitantes (41.240 homens e 43155 mulheres), sendo que o grupo de mulheres em idade fértil era de 26.207 (Datusus, 2007).

A rede Básica de Saúde desse município é composta por sete Unidades Básicas de Saúde, dez equipes de Saúde da Família, uma Unidade para

atendimento de Especialidades, um Pronto Socorro, um Centro Atendimento Psiquiatria (CAPS) e um serviço de assistência à AIDS.

A rede hospitalar é composta por dois hospitais um conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), no qual foi realizada a pesquisa, e outro hospital com atendimento de convênios/ particular.

#### **4.2.3 População de Estudo**

A população de estudo foi constituída por profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que atuam na assistência à saúde no município sede do Departamento Regional de Saúde XIV. Optou-se por critérios de amostragem por saturação, para a definição do número de profissionais de saúde, e intencional para a inclusão de suas categorias.

Desta forma, não se buscou condições que possibilitassem a generalização dos resultados para os demais profissionais de saúde, mas que garantissem o aprofundamento dos conteúdos investigados e a maior abrangência da compreensão do grupo social sujeito da investigação. Assim, considerou-se que um número ideal (amostra) de profissionais seria aquele capaz de refletir a totalidade dos conteúdos, nas suas múltiplas dimensões (Minayo, 2006). Por essa razão, o tamanho amostral não foi determinado por um cálculo prévio, mas indicado pela saturação ou ocorrência dos dados no desenvolvimento da investigação, ou seja, no momento em que se observava que a inclusão de novos sujeitos não resultaria em acréscimo de nova informação à investigação (Victora et al., 2000).

#### **4.2.4 Coleta dos Dados**

Para obtenção dos dados, o estudo valeu-se de entrevistas com profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que atuam na assistência à saúde no município sede do Departamento Regional de Saúde XIV. Acredita-se que a restrição de um único município para a realização das entrevistas não acarretou

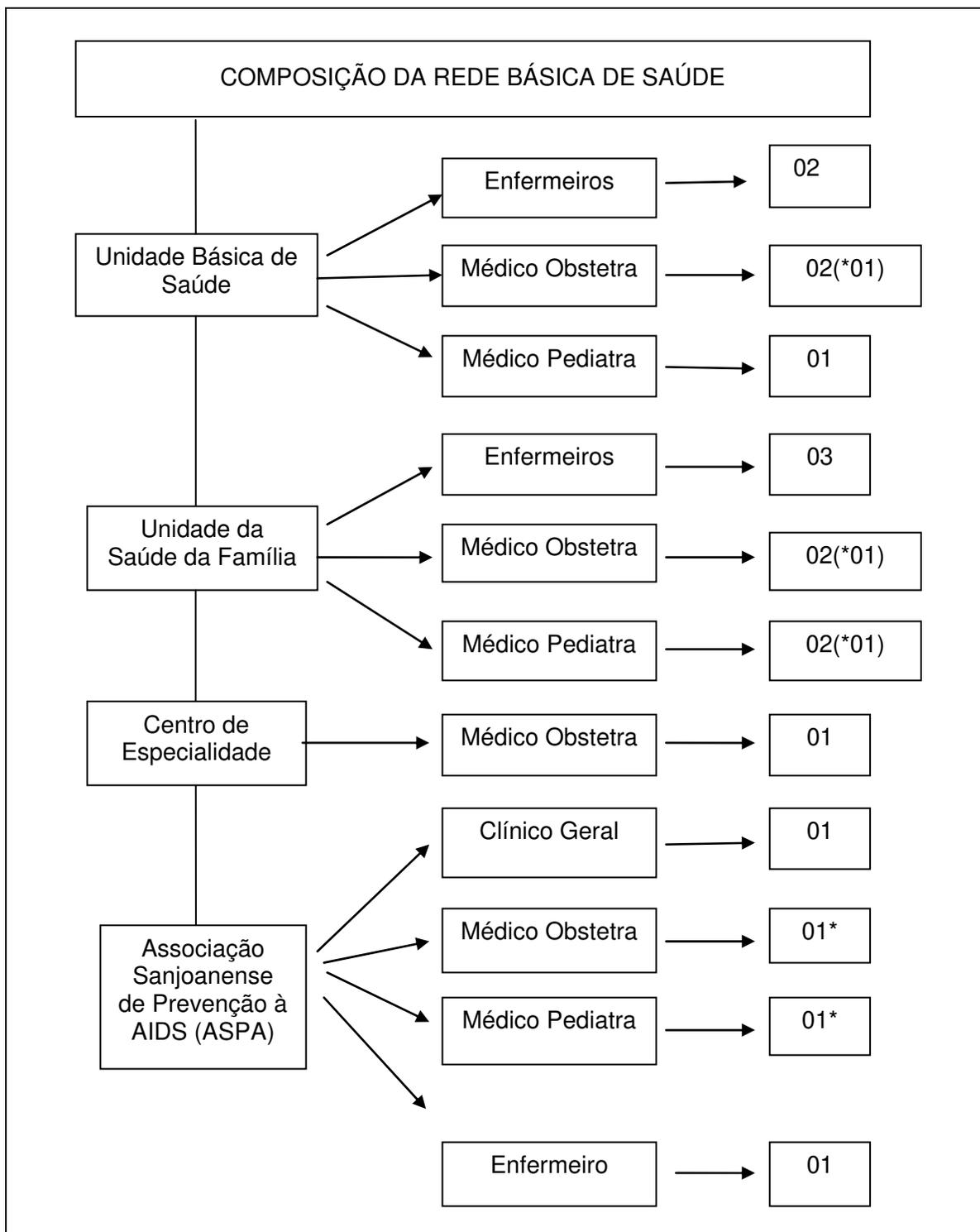
prejuízo para as análises, uma vez que parte significativa da assistência às mulheres e aos seus recém-nascidos ocorreu nesse município.

#### **4.2.4.1 Critério de Inclusão**

Nessa etapa, foram convidados a participar sete enfermeiros e 11 médicos que prestam atendimento às mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV e a seus filhos em Unidades Básicas de Saúde, Unidade da Saúde da Família e Hospital conveniado ao SUS do município sede do Departamento Regional de Saúde XIV.

No diagrama a seguir, são apresentados os locais da rede básica de saúde que prestam assistência às mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV e a seus filhos e a distribuição dos profissionais entrevistados e sua especialidade nesses locais (figura 4).

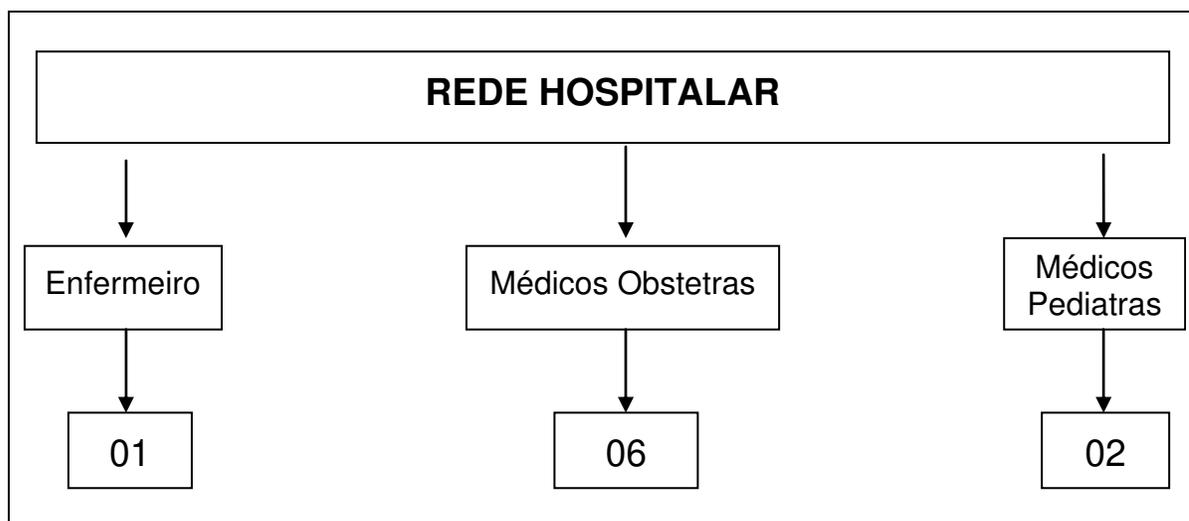
Na rede básica de saúde foram entrevistados 15 profissionais escolhidos conforme seu local de atendimento. Três profissionais exerciam suas atividades em mais de uma unidade, ou seja, um pediatra prestava assistência em duas Unidades da Saúde da Família e na Associação Sanjoanense de Prevenção à AIDS (ASPA), um obstetra atuava em uma Unidade Básica de Saúde e na ASPA e outro obstetra em duas Unidades da Saúde da Família.



\*NR - Profissionais que prestam assistência em mais de um local na rede básica de saúde

**Figura 4** - Diagrama da composição da Rede Básica de Saúde e os profissionais entrevistados nestes locais - Departamento Regional de Saúde XIV de São João da Boa Vista, estado de São Paulo, Brasil, 2008.

No diagrama abaixo (figura 5), são apresentados os profissionais entrevistados na rede hospitalar que prestam atendimento às mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV e aos seus filhos. O total de nove profissionais entrevistados foi distribuído conforme sua categoria profissional e especialidade.



**Figura 5** - Diagrama do total de profissionais entrevistados na rede hospitalar - Departamento Regional de Saúde XIV de São João da Boa Vista, estado de São Paulo, Brasil, 2008.

#### 4.2.4.2 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista dirigida com uso de um roteiro-guia (cf. Apêndice 4). Para Minayo (1996), a entrevista é um meio de obter informes contidos nas falas dos atores sociais e um meio de coleta dos fatos relatados pelos atores. As informações colhidas sobre fatos e opiniões devem constituir-se em indicadores das condições, dificuldades e limitações na prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS que se pretende explicar (Chizzotti, 2000).

O roteiro-guia foi testado com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da rede básica de saúde e hospital de outro município também pertencente ao DRS XIV, o que permitiu que algumas questões fossem ajustadas.

Conforme dados encontrados na primeira fase do estudo, como a condição da soropositividade ao HIV, a multiplicidade de parceiros, a replicação

viral, novas gravidezes dessas mulheres, entre outros, foi elaborado o roteiro-guia que contém perguntas que refletem esses achados.

Abaixo, segue dois grupos de perguntas, segundo o local de trabalho dos entrevistados:

- Para os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades da Saúde da Família:
  - Como é composta a equipe que presta assistência no programa?
  - Qual o papel dos profissionais de saúde nas orientações sobre a gravidez e no diagnóstico da soropositividade ao vírus HIV?
  - Quais as informações passadas às mulheres sobre o uso do preservativo?
  - Como é a abordagem da equipe com a família da gestante HIV positiva?
  - Como a equipe procede à notificação do caso?
- Para os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam atendimento hospitalar:
  - Como acontece a hospitalização de mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV?
  - Quando a mulher não realizou pré-natal ou não realizou o teste anti HIV como os profissionais procedem?
  - Quais os momentos que os profissionais julgam importante para diminuir o risco da transmissão vertical do vírus?
  - Que tipo de informação é dado às mulheres em relação à profilaxia da transmissão vertical?
  - Que tipo de orientação e assistência são fornecidas às mulheres quanto à amamentação?
  - Existe padronização de orientações de alta para essas mulheres e seus recém-nascidos?

Somente após a leitura e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (cf. Apêndice 2), é que foram

realizadas as entrevistas, que tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas por meio de um gravador digital. Uma das vias foi entregue aos entrevistados e a outra ficou com a entrevistadora.

#### **4.2.5 Análise e tratamento dos Dados**

A opção pelo uso de método qualitativo foi decorrência da convicção de que esta abordagem traz importante contribuição para a construção do conhecimento sobre saúde.

[...] seja enquanto concepção, seja enquanto políticas, práticas social e/ou institucional. Como em qualquer processo social, o objeto saúde oferece um nível possível de ser quantificado, mas ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis (Minayo, 2006, p.251).

Segundo a mesma autora, “na abordagem qualitativa, as hipóteses perdem a sua dinâmica formal comprobatória para servir de caminho e de balizamento no confronto com a realidade empírica”. Para Chizzotti (2000, p.79), “a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”, e ainda, “a finalidade de uma pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como transformáveis, em que o pesquisador e pesquisado assumem, voluntariamente, uma posição reativa” (Chizzotti 2000, p.89).

Para análise dos dados obtidos, por meio das entrevistas, foi utilizada a “análise temática”, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analisado. Esse tipo de análise passou por três etapas:

1. Pré-análise que consistiu na leitura do material obtido, organizando-o para análise, definindo as unidades de registro, unidades de contexto, trechos significativos e categorias;
2. Exploração do material que foi lido exaustivamente e codificado, o que possibilitou a transformação dos dados em núcleos de compreensão;
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nessa etapa foram destacadas as informações obtidas, propostas as inferências e explicadas em torno de novas dimensões teóricas (Minayo, 2006).

#### **4.2.6 O passo a passo para identificação dos Temas**

A identificação dos temas foi um procedimento realizado após a retomada das hipóteses e dos objetivos e do contato direto e intenso com o conteúdo das entrevistas. Este processo determinou as unidades de registro e as categorizações/recortes e possibilitou a identificação dos núcleos de compreensão do texto descritos a seguir.

O exemplo abaixo se relaciona à assistência pré-natal. Por meio das respostas à questão 01, os núcleos dos sentidos foram grifados e transformados em categorias.

1. Durante o atendimento a uma mulher na UBS, **quando deve ser solicitada a sorologia para o vírus HIV?** (Aqui quero saber se os profissionais pedem sorologia independente da gravidez, e se fazem aconselhamento pré-teste). **Para mulher em geral...**

Unidades de registro (Palavra-chave ou frase)	Categorização/recortes
Enf3: É, a gente pede (1)como rotina em protocolo no horário... é... em consulta de gestante NE, e assim que a gente detecta... deu positivo, a gente já faz o primeiro pedido e depois tem um novo pedido no primeiro trimestre e no segundo trimestre de gestação e agora a gente está oferecendo durante o (2)preventivo... a coleta do HIV.	1 - como rotina em protocolo, primeiro trimestre e no segundo trimestre de gestação  2 – preventivo
Enf4: Agora nós estamos num trabalho assim, mais focado nisso também. Por exemplo, vai dar início ao pré-natal, então faz a consulta com a enfermeira da unidade mediante o pregnosticon positivo, então já é tratado com a enfermeira, a gente agenda uma consulta, (1)a primeira consulta de pré natal que é feita com a enfermeira, nesse momento a gente já pede a sorologia pra HIV, VDRL... e os outros exames de rotina.	1 - primeira consulta de pré natal
Enf8: Da mulher gestante ela entra na (1)rotina do pré-natal. (1)É pedido na rotina do primeiro trimestre e na rotina, dois no terceiro trimestre. E a mulher (3)não gestante, a gente solicita conforme a vontade dela, se ela se interessa em fazer o exame, ou por (4)indicação do médico, por algum sintoma, algum motivo que tenha notado. E tudo isso com bastante sigilo, como qualquer outro exame.	1 - rotina do pré-natal; É pedido na rotina do primeiro trimestre e na rotina, dois no terceiro trimestre  3 - não gestante, a gente solicita conforme a vontade dela, 4 - indicação do médico
Enf9: É pedido no (1)primeiro trimestre e no segundo trimestre da gestação. Então, agora como a gente quer aumentar o número do diagnóstico de HIV, porque as pessoas estão chegando no serviço de especialidade já doente, ou então vai a óbito sem ter acesso a esse serviço. Então a gente passou (2)a oferecer, assim, na rotina, no papanicolau. Então toda mulher que colhe o papanicolau é oferecido a ela o teste do HIV.	1 - primeiro trimestre e no segundo trimestre da gestação 2 - a oferecer, na rotina, no papanicolau.
Enf10: Para a mulher... Em todas as ocasiões possíveis o ideal seria abordar, principalmente durante o (2)Papanicolau, durante a... o (5)planejamento familiar... e o principal seria (1)durante o pré-natal.	1 - durante o pré-natal. 2 - Papanicolau, 5 - durante a... o planejamento familiar...
Enf11: E: Logo no (1)começo da gestação, nós fazemos o pedido do exame de HIV, e depois no terceiro trimestre de gestação nós pedimos novamente. E para as mulheres em geral nós (2)ofereceremos no preventivo uma demanda espontânea, caso elas cheguem e digam que (6)tiveram relações e não usaram preservativos. As agentes comunitárias já estão fazendo esse (7)trabalho nas casas, e deixamos à disposição a unidade para a pessoa poder fazer os pedidos dos exames.	1 - começo da gestação, terceiro trimestre de gestação. 2 - ofereceremos no preventivo 6 - tiveram relações e não usaram preservativos 7 - trabalho de agentes comunitárias nas casas e deixamos à disposição a unidade para a pessoa poder fazer os pedidos dos exames
<b>ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS TESTE</b>	
Enf03: Porque é assim: antes a gente tem que.... preencher, né, um papel, a requisição do preventivo, após o preenchimento, a gente começa a dar (1)várias informações, orientações sobre auto exame de mama... a gente tem que ter um diálogo, né, uma conversa com elas, pra saber da história delas, não só preencher o papel... durante esse papo, a gente fala das DSTs e acaba falando da existência, né, do pedido do HIV.	1 - várias informações, acaba falando da existência, né, do pedido do HIV.

Unidades de registro (Palavra-chave ou frase)	Categorização/recortes
<p>Enf04: As mulheres que vem colher o (1)preventivo, nós estamos oferecendo também. A enfermeira que pede a sorologia, também oferece se o parceiro quiser, pode procurar a gente.</p> <p>Enf04: Ah, tá, então, assim, vamos supor: no pré-natal, quando dá positivo a gente agenda com a mulher e ela vem passar na consulta com a gente, nesse primeiro momento, nesse primeiro contato com a enfermeira a gente pede o exame e faz o vínculo, né. No caso, porque ela vai estar acompanhando o (1)pré-natal dela aqui, explicando a importância desse acompanhamento, o porquê que nós estamos pedindo esse exame, qual que é a importância na gestação dela desse exame... e ... em caso de dúvida a gente orienta para estar procurando a gente também. Muitas questionam que não quer fazer o HIV "por que que eu vou fazer isso?" aí é que entra o nosso papel, né. A gente explica pra elas o porquê de fazer isso, qual a importância pra ela e pro filho dela, né, pra estar acompanhando... e na maioria das vezes elas aceitam. Eu até hoje não peguei nenhuma recusa de falar "não, não vou colher" é mais a questão da dúvida, o sentimento da dúvida.</p>	<p>1 - pré-natal, o porquê que nós estamos pedindo esse exame, importância para ela e para o filho dela</p> <p>1 - preventivo, enfermeira que pede a sorologia e oferece se o parceiro quiser</p>
<p>Enf08: Então, a gente tem o (2)termo que ela precisa assinar, né... afirmando que ela está ciente do exame, sobre o que que é e que ela está autorizando. Esse termo, a gente ainda não colocou em prática. Então, o que que a gente está usando. Ela assina a própria solicitação do exame. Aí, no impresso da solicitação, tem a assinatura do paciente. Então a gente solicita o exame e ela assina antes da coleta, que ela está sabendo. Mas a gente já recebeu um ofício do protocolo que tem que ter o termo e a gente está colocando em prática. Ele está sendo confeccionado de uma maneira a toda unidade ter o termo do mesmo jeito, da mesma forma.</p> <p>Enf08: Então, a gente tem uma situação também que é o caso do preventivo. Na coleta do preventivo, a gente oferece... a gente chama de "fique sabendo". A gente está entrando em uma campanha agora para fazer o maior número de testagem possível de HIV, então a gente oferece isso pra mulher que está colhendo o preventivo e também no momento que ela vem buscar o resultado. Se deu uma infecção, uma tricomonas a gente também solicita de rotina como uma DST. A gente encara isso como uma DST e aí (1)a gente orienta e explica que da mesma maneira que ela pegou o tricomonas, ela pode ter se contaminado com outros tipos de doenças e aí é quando a gente solicita um VDRL, HIV, hepatite B e hepatite C. E aí ela faz esse acompanhamento com uma DST.</p>	<p>1 - preventivo a gente oferece, a gente orienta e explica que da mesma maneira que ela pegou o tricomonas ela pode ter se contaminado com outros tipos de doenças.</p> <p>2 - termo que ela precisa assinar, ainda não colocou em prática.</p>
<p>Enf10: Pelo que a gente sabe, quando a gente solicita e a gente faz (1)esse pré-aconselhamento verbal, que eu estou dizendo... a gente relata no prontuário e colocamos na confiança dela de quem ela solicitaria que fosse avisada diante de um resultado positivo.</p> <p>Enf10: É solicitado, é solicitado o exame pra gestante, mas é o que eu coloco, o (2)termo de consentimento não existe.</p> <p>Enf10: Ele vem ali no bolão do que que seria (1)passado dos exames rotulados de pré-natal, não tem um enfoque especial pra ele naquele momento. E pra mim é tudo automático o preenchimento. Por isso que eu digo que, muitas vezes, quando elas chegam e falam "ah, mas eu não sabia que eu fiz esse exame". Eu acredito que realmente tem acontecido isso porque é robótico.</p>	<p>1 - esse pré-aconselhamento verbal</p> <p>1 - passado dos exames rotulados de pré-natal,</p> <p>2 - termo de consentimento não existe.</p>

Unidades de registro (Palavra-chave ou frase)	Categorização/recortes
Enf09:Mas então, em todos, mesmo na gestante... é o protocolo do pré-natal, mas (1)a orientação de fazer o aconselhamento pré-teste foi dada a todas as enfermeiras de todas as unidades, porque é (1)importante fazer o aconselhamento, estar falando para o paciente dos possíveis resultados, se der um negativo ver pode ser a janela imunológica, se der um positivo...	2 - a orientação de fazer o aconselhamento pré-teste foi dada a todas as enfermeiras de todas as unidades 2 - importante fazer o aconselhamento
Enf11: A (3)enfermeira pode pedir ou o médico então geralmente passa comigo. Geralmente eu abordo as DSTs, incentivo o uso da camisinha, falo dos riscos, e peço exames.	3 - enfermeira pode pedir ou o médico

Desta maneira, formulou-se os seguintes tema e os sub-temas que as respostas dos profissionais entrevistados permitiram:

- TEMA - Sorologia anti HIV para as mulheres e o aconselhamento pré e pós exame
- Sub temas
  - Pré-Natal como rotina da solicitação exame anti-HIV
  - Não protocolo de exame anti-HIV para as mulheres não grávidas
  - O profissional na solicitação do exame anti-HIV e o aconselhamento pré e pós-teste.

Esse processo foi realizado com todas as questões e, a partir dos resultados obtidos, realizaram-se as interpretações, inter-relacionando-as com a literatura e o quadro teórico, valorizando os significados.

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para a utilização dos dados de gestantes HIV positivas e crianças expostas notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), setor de Vigilância Epidemiológica XXVI, Departamento Regional de Saúde XIV, foi solicitada autorização dos responsáveis pelos serviços (cf. Apêndice 1a e 1b) e a identificação da gestante foi preservada, conforme normas da Resolução 196/96.

A pesquisadora, ao abordar médicos e enfermeiros que atendiam gestantes HIV e crianças expostas nas unidades da rede básica de saúde e hospital do município sede da regional de saúde, esclareceu os objetivos da pesquisa, seus métodos e apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para aqueles que concordaram em participar (cf. Apêndice 2). A entrevista foi realizada em local específico para respeitar a privacidade do entrevistado.

Para atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 1998c), os dados coletados nas entrevistas foram mantidos em sigilo e, na descrição das falas, foi assegurado o anonimato dos sujeitos utilizando-se pseudônimos.

Foi realizado contato prévio com as chefias dos serviços, para informá-lhes sobre os objetivos e procedimentos do projeto, acordando-se que o “consentimento pós-informado” seria buscado junto aos profissionais para inclusão no estudo (cf. Apêndice 2).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, em abril de 2008 sob nº 037/2008 (cf. Anexo 2).

## 5. Resultados e Discussão

---

---

## 5.1 PRIMEIRA FASE: QUANTITATIVA

### 5.1.1 Resultados

Na Regional de Saúde de São João da Boa Vista, SP, no período de 2000 a 2005, foi notificado um total de 115 gestantes com sorologia positiva para o HIV, e seus filhos expostos aos riscos da transmissão vertical do vírus. Desse total de casos, foram analisadas 112 fichas epidemiológicas e descartaram-se três com notificações tardias e relativas aos anos de 1995 e 1996, período em que não havia, ainda, as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV, nem disponibilidade na rede pública de terapia anti-retroviral para gestantes.

Os dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostraram que dos vinte municípios que pertencem a essa região, 11 notificaram casos de gestantes HIV soropositivas e seus respectivos filhos expostos. A proporção de casos notificados em relação ao número de nascidos vivos, informados pelo Datasus/2007 referentes ao período de 2000 a 2005, variou entre os municípios, sendo a maior de 0,41% (28) e a menor, com um caso. O município sede da regional apresentou uma freqüência intermediária, 0,24% (16)<sup>3</sup>.

Todas as mulheres residiam em zona urbana, a maioria auto referia-se como sendo de cor branca (67,9%) e cerca de 30%, como de cor preta ou parda. Eram gestantes de baixa escolaridade, sendo que mais de dois terços não haviam completado o primeiro grau. A idade dessas mulheres variou de 16 a 42 anos, com 42,9% delas abaixo de 25 anos de idade. Um pouco mais da metade das gestantes já conhecia seu status de soro-positividade ao HIV antes da gravidez, sendo que, para 10,7% delas, aquela era a sua segunda gravidez após o diagnóstico. As demais tiveram conhecimento da infecção durante o acompanhamento pré-natal (42%) e um pequeno número delas no parto (tabela 1).

---

<sup>3</sup> Prevalência = N<sup>o</sup> de casos notificados no período/N<sup>o</sup> nascidos vivos no período

**Tabela 1** - Distribuição (%) das gestantes notificadas soropositivas ao HIV, segundo as suas características sócio-demográficas e o momento do diagnóstico da infecção. Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005.

Características (Variáveis)	Categorias	Gestantes soro-positivas	
		n	%
Idade materna (anos)	< 20	09	8,0
	21 - 25	39	34,9
	26 - 30	36	32,2
	31 - 35	21	18,7
	36 e +	07	6,2
Escolaridade (anos)	0 a 3	17	15,2
	4 a 7	49	43,8
	8 a 11	24	21,4
	12 e +	08	7,1
	Ignorado	14	12,5
Cor auto declarada	Branca	76	67,9
	Preta	12	10,7
	Parda	23	20,5
	Ignorada	01	0,9
Evidência laboratorial	Antes do pré-natal	60	53,6
	Durante o pré-natal	48	42,8
	Durante o parto	04	3,6

Quando analisadas as condições que conferiam maior risco de transmissão do vírus para essas mulheres, observou-se predominância daquelas relacionadas ao comportamento sexual do parceiro ou da gestante. Para 38,4% das gestantes infectadas, o seu companheiro tinha relacionamento sexual com múltiplos parceiros, e, em 39,3% dos casos, a gestante tinha tido múltiplos parceiros. São também altas as proporções de gestantes infectadas quando os parceiros também estão infectados e quando são usuários de drogas injetáveis (tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição (%) das gestantes notificadas soropositivas ao HIV, segundo características de que expõem ao risco de infecção pelo vírus. Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005.

Características (Condições de risco)	Variáveis Categorias	Gestantes Soropositivas	
		n	%
<b>Parceiro HIV+/AIDS</b>	Sim	40	35,7
	Não	28	25,0
	Ignorado	44	39,3
<b>Parceiro com relações bissexuais</b>	Sim	04	3,6
	Não	74	66,1
	Ignorado	34	30,3
<b>Parceiro com múltiplos parceiros</b>	Sim	43	38,4
	Não	35	31,2
	Ignorado	34	30,4
<b>Parceiro usuário de droga injetável</b>	Sim	42	37,5
	Não	39	34,8
	Ignorado	31	27,7
<b>Gestante com múltiplos parceiros</b>	Sim	44	39,3
	Não	47	42,0
	Ignorado	21	18,8
<b>Gestante usuária de droga injetável</b>	Sim	12	10,7
	Não	98	87,5
	Ignorado	02	1,8
<b>História Transfusão Sangue e derivados</b>	Sim	04	3,6
	Não	103	92,0
	Ignorada	05	4,5

A maioria das gestantes (103, equivalente a 92% do total) teve acompanhamento pré-natal. Entretanto, em torno de um quinto delas (07) realizou menos que seis consultas de pré-natal nesse período e não havia registro dessa informação na ficha epidemiológica de 37 gestantes. Durante o pré-natal, 15 gestantes fizeram uso de anti-retroviral para tratamento por apresentarem sintomatologia da doença e 20 gestantes com soropositividade não fez uso de medicamento anti-retrovirais para a profilaxia da transmissão vertical. Para essas mulheres foram registrados os seguintes motivos para ausência de profilaxia: para 12 gestantes, havia relato de recusa de uso do medicamento; para duas gestantes a profilaxia não foi oferecida; para uma delas, houve atraso na comunicação do resultado; para as outras cinco mulheres, as razões são desconhecidas (tabela 3).

**Tabela 3** - Situação do pré-natal das mulheres grávidas soropositivas ao HIV e das crianças expostas. Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005.

Características	Variáveis Categorias	Gestantes Notificadas	
		n	%
Realizou pré-natal	Sim	103	92,0
	Não	07	6,3
	Ignorado	02	1,8
Nº consultas pré-natal	0 a 3	14	12,5
	4 a 5	09	8,0
	6 e +	52	46,4
	Ignorado	37	33,0
Uso profilaxia Anti-retroviral no pré-natal e uso antiretroviral para tratamento	Sim	92	82,2
	Não	20	17,8
Motivos de NÃO profilaxia	Recusa da gestante Anti- retroviral não oferecido Atraso no resultado do teste anti-HIV	15*	75
	Outros motivos	05	25

\*Especificação do número de casos conforme ocorrência: Recusa da (12) gestante, anti retroviral não oferecido (02) e atraso no resultado do exame (01).

Observou-se que em um terço das mulheres, o parto se deu por via vaginal e sete das mulheres permaneceram por mais de quatro horas com membranas amnióticas rotas. Nos partos cirúrgicos, a ruptura das membranas ocorreu no momento desse procedimento (tabela 4).

A análise das fichas permitiu encontrar problemas no atendimento ao protocolo de profilaxia da transmissão vertical, tanto no momento do parto quanto no pós-parto, ocasiões em que 17 mulheres deixaram de ser medicadas com anti-retroviral (zidovudina-AZT) intravenoso. Em relação ao total de recém nascidos, três não iniciaram a profilaxia com AZT oral após o nascimento e outros três iniciaram somente após 24 horas. Informações registradas como ignorada foram encontradas em vários itens (tabela 4).

**Tabela 4** - Situação do parto das mulheres grávidas soropositivas ao HIV e das crianças expostas. Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2000 a 2005.

Características	Variáveis Categorias	Gestantes Notificadas	
		n	%
Tempo de ruptura das membranas (horas)	< 4 horas	45	40,2
	> 4 horas	07	6,3
	Não se aplica	46	41,1
	Ignorado	14	12,5
Tipo de parto	Vaginal	39	34,8
	Cesáreo	70	62,5
	Ignorado	03	2,7
Uso de anti-retroviral no momento do parto	Sim	87	77,7
	Não	17	15,2
	Ignorado	08	7,1

Os dados mostraram que em relação à quimioprofilaxia da criança após a alta, os problemas são ainda maiores. Do total de crianças quatro não foram medicada com AZT solução oral e, ainda 28 foram medicadas somente por um período inferior a seis semanas. Ou seja, 32 crianças do total de 112 ficaram sob maior risco de transmissão vertical. Para as demais crianças (80), as recomendações para quimioprofilaxia foram seguidas.

Em relação à classificação da criança como “não infectada”, devem-se realizar duas cargas virais e sorologia anti-HIV a partir de doze meses de vida. Nesse estudo, houve o encerramento do caso como “não infectada” para 84 crianças. Quando analisada a relação da profilaxia recomendada pelo MS e a transmissão vertical, observou-se que, dos três casos encerrados como “criança infectada” (conforme critério laboratorial) e os dois casos com causa de “óbito relacionada à AIDS”, quatro mães dessas crianças não haviam feito pré-natal e mesmo a que constava ter realizado o pré-natal, não recebeu a profilaxia. Portanto 100% destas mulheres, mães de bebês infectados, não fizeram uso da profilaxia anti HIV como o recomendado.

Ao aprofundar a análise, pode-se verificar que ainda ocorreram outros momentos de maior exposição para as crianças, pois duas mulheres/mães

deixaram de receber a profilaxia no momento do parto e quatro partos ocorreram por via vaginal. Em uma criança, a profilaxia foi iniciada somente após 24 horas, uma deixou de receber os medicamentos profiláticos e uma criança foi amamentada.

Nessa Regional de Saúde, a estimativa de transmissão vertical do HIV foi de 4,5%, considerando os casos encerrados e os óbitos relacionados à AIDS.

Vale ainda ressaltar que foi encontrado nas fichas de investigação epidemiológica, em relação às condições de encerramento dos casos das crianças expostas que para quatro delas, as condições de infecção ou não eram ignoradas; para uma, o seguimento estava ainda em andamento; e para 13, havia ocorrido perda do seguimento, perfazendo 18 (16,7%) casos para os quais não se tem o diagnóstico das condições das crianças.

No município sede da regional de saúde ocorreram dezesseis casos de mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV, 50% dessas mulheres conhecia sua situação sorológica antes de engravidar, uma vivenciava a segunda gravidez. Todas realizaram pré-natais, sendo que 12 mulheres realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e para quatro não havia essa informação. Quanto ao uso de anti-retroviral, 14 fizeram uso como profilaxia e duas estavam fazendo tratamento para a doença.

O parto dessas mulheres ocorreu no hospital local conveniado ao SUS. A evolução da gravidez se deu para 14 gestantes por parto cesáreo e para duas por parto vaginal, sendo que o tempo de ruptura das membranas amnióticas para 11 dessas mulheres não se aplica, para quatro foi menor que quatro horas e para uma não constava a informação. O anti- retroviral foi aplicado em 13 mulheres e para três não constava a informação.

Nesse município, quanto à condição de transmissão vertical do vírus HIV, todos os casos foram encerrados como crianças não infectadas.

### 5.1.2 Discussão dos resultados

Quando se analisou os dados da situação epidemiológica das mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV e seus filhos expostos notificados na Regional de Saúde XIV, deparou-se com a situação de crianças vulneráveis à transmissão vertical do vírus HIV. Constatou-se na maioria dos municípios que notificaram casos, por meio das fichas de notificação dessas mulheres, que o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde não está sendo completo e consistentemente seguido nos diferentes momentos, como durante o acompanhamento pré-natal, no momento do parto e no seguimento dos recém nascidos nos serviços de saúde da regional em estudo.

O diagnóstico precoce da soropositividade ao vírus HIV favorece o prognóstico da doença a curto, médio e longo prazo, além de que, com o uso de medidas preventivas padronizadas, é possível reduzir significativamente a transmissão vertical. A não realização do pré-natal e a não adesão à profilaxia durante a gestação por essas mulheres constituem fatores de risco que podem ser associados à transmissão do vírus. Segundo as recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, as gestantes que não são portadoras de qualquer condição de risco, devem realizar no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal e uma consulta no puerpério (Brasil, 2000b). Entretanto, às gestantes que estão sujeitas a alguma situação de risco, devem ser oferecido um número maior de consultas, de acordo com suas necessidades. Este é o caso das gestantes com diagnóstico de infecção pelo HIV que, além do acompanhamento de suas condições gestacionais, necessitam ter avaliação da sua situação imunológica (CD4 e Carga viral). Vários autores têm apontado que as falhas no atendimento às recomendações do protocolo de assistência às gestantes soropositivas para o HIV constituem importante fator de risco para a transmissão vertical (Burns et al, 1997 e European Collaborative Study, 1999).

O risco de transmissão vertical vai aumentando progressivamente à medida que não são atendidas as recomendações do protocolo de assistência às gestantes soropositivas ao HIV, como o não uso de anti-retroviral no momento do

parto, a exposição da criança ao vírus pela ruptura prolongada das membranas amnióticas e a realização de parto vaginal (WHO, 1999).

Do total de 112 crianças expostas à transmissão vertical na DRS XIV, cinco foram confirmadas como infectadas, três por critérios laboratoriais padronizados e duas por óbito de causa relacionada à AIDS. Houve, portanto, uma taxa de transmissão vertical de 4,5%.

Entretanto, os dados do município sede da regional em estudo mostraram que as mulheres realizaram pré-natais, fizeram uso da medicação como profilaxia ou para tratamento da doença, no momento do parto foi seguido o protocolo para mãe e para a criança, e todos os casos de crianças expostas foram encerrados, ocorrendo uma taxa de transmissão vertical de zero.

Vale ainda ressaltar que os dezoito casos de crianças expostas sem diagnóstico posterior pertencem a outros municípios da Regional que notificaram casos.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, onde foram acompanhadas 44 crianças expostas à transmissão vertical cujas as mães realizaram o Protocolo ACTG 076, aponta taxa de transmissão vertical de 6,8% (3/44) (Fernandes et al., 2005).

Em geral, no estado de São Paulo, tem-se dificuldade em calcular a taxa de transmissão vertical, devido ao fato de que os registros de informações das crianças em situação de exposição permanecem na condição de “em andamento” ou “ignorada” (São Paulo, 2007a). Este estudo também apontou problemas nos registros das fichas de notificação na maioria dos municípios da Regional de Saúde. Isso leva a pensar a forma passiva como o sistema de vigilância epidemiológica atua, tendo como consequência a fragmentação das ações nos serviços de saúde, comprometendo o atendimento dessas mulheres e de seus filhos na atenção básica.

Tanto as ações de prevenção da transmissão vertical adotadas pelos serviços, como o acompanhamento da criança para encerramento do caso e o

preenchimento correto da ficha de investigação, são de extrema importância para que seja conhecida a taxa de infecção nas crianças expostas ao vírus HIV, bem como para que sejam avaliadas e propostas as medidas efetivas para a redução desse evento (São Paulo, 2007a).

## **5.2 SEGUNDA FASE: QUALITATIVA**

### **5.2 Resultados**

#### **5.2.1 A busca dos profissionais entrevistados**

As entrevistas com os profissionais ocorreram a partir de meados do mês de julho até meados do mês de setembro de 2008.

Os profissionais que foram entrevistados pertencem ao quadro de funcionários do município sede do Departamento Regional de Saúde XIV de São João da Boa Vista. Os contatos com os responsáveis pelos serviços de assistência foram realizados pela entrevistadora. No caso da rede Básica de Saúde, a Diretora Municipal de Saúde foi informada sobre a pesquisa e comunicou os responsáveis por meio de ofício, permitindo o uso do próprio local de trabalho dos profissionais participantes para a realização das entrevistas. No hospital foram realizados contatos com os responsáveis pelo setor administrativo e técnico, informando-os sobre a pesquisa, tendo sido, nessa ocasião, solicitada a disponibilidade apenas do local para a realização das entrevistas, uma vez que a decisão sobre a participação ou não na pesquisa era do próprio profissional. O convite aos profissionais foi feito pela própria pesquisadora nas respectivas unidades de assistência, tendo sido prestado os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa referida, a importância da colaboração do profissional para o seu desenvolvimento e para a avaliação e aprimoramento da assistência prestada às mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV nos serviços de saúde. Foi garantida a liberdade de recusa de participação sem qualquer ônus para o profissional. Os casos de anuência foram documentados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cf. Apêndice 2).

Os profissionais que compõem a amostra pertencem a três Unidades Básicas de Saúde, a quatro Unidades da Saúde da Família, à Associação Sanjoanense de Prevenção à AIDS (ASPA) e ao Centro de Especialidade,

representando oito (72,5%) serviços dos 11 que prestam atendimento a essas mulheres na rede básica de saúde, e de um hospital, distribuídos conforme quadro 1. O nome dos serviços de saúde foi alterado por palavras garantindo o anonimato dos mesmos.

**Quadro 1** - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme unidades de atendimento do município pertencente ao DRS XIV de São João da Boa Vista, SP, 2008.

Unidades de Atendimento do município	Situação dos profissionais quanto à entrevista		
	Médicos Obstetras e Clínicos	Médicos Pediatras	Enfermeiros
UBS - Das Águas	01	-	-
UBS - Das Flores	01*	01*	01
UBS - Do Sol	-	-	01
PSF - Dos Ventos	-	01*	-
PSF - Das Árvores	01	01	01
PSF - Da Lua	01*	-	02
ASPA	02	01	01
Hospital	06	02	01
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>06</b>	<b>07</b>

\*NR - Profissionais que prestam também atendimento na assistência hospitalar

Todos os profissionais convidados aceitaram participar da pesquisa e o fizeram com boa disposição, após receberem as informações e explicações necessárias sobre o estudo e do TCLE assinado.

## 5.2.2 Perfil dos profissionais entrevistados

No quadro 2, é apresentado o perfil dos 18 profissionais entrevistados que assistiam às mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV na rede básica de saúde, segundo sexo, atividade profissional e categoria profissional.

**Quadro 2** - Distribuição dos profissionais entrevistados conforme sexo, local de formação e função profissional atual no DRS XIV de São João da Boa Vista, SP, 2008.

Categoria profissional	Perfil dos profissionais						TOTAL
	Sexo		Local de formação		Atividade profissional		
	M	F	Pública	Particular	Assistência	Gerencia e Assistência	
Médico obstetra	06	01	04	03	07	-	07
Médico pediatra	02	01	01	02	03	-	03
Médico clínico geral	01	-	01	-	01	-	01
Enfermeiro	-	07	02	05	03	04	07
Sub Total	09	09	08	10	14	04	18
<b>Total</b>	<b>18</b>		<b>18</b>		<b>18</b>		

Por meio dos dados do quadro 2, é possível verificar que, dos 18 profissionais entrevistados, mais da metade teve sua graduação em escolas privadas. A categoria profissional “enfermeiro” foi composta por 100% do sexo feminino. Foi relatada por quatro enfermeiras a atividade, também, de gerência do serviço. A idade desses profissionais variou de 23 a 73 anos, sendo que o profissional de menor idade pertence à categoria “enfermagem” e o de maior idade à categoria médico obstetra. Quando questionados acerca do tempo de atuação na área de assistência à mulher grávida ou da criança, as respostas variaram de quatro meses a 30 anos, sendo novamente o profissional de enfermagem com menor tempo de atividade profissional nessa área. Mesmo tendo a menor idade e menos tempo de trabalho, evidenciou-se que esses profissionais exerciam também atividade de gerenciamento.

Os nomes dos profissionais foram transformados em códigos e números, preservando o anonimato. Os médicos obstetras e clínico foram denominados “Med”, os pediatras, “MedP”, e os enfermeiros “Enf”. A numeração foi dada de acordo com a ordem da realização da entrevista. Esses profissionais se disponibilizaram em expor suas idéias e a relatar como realizavam a assistência às mulheres soropositivas ao vírus HIV e seus filhos.

### **5.2.3 Revelando as falas**

Por meio das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), procederam-se reflexões a respeito da assistência prestada às mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV, com o propósito de desvelar significados e, assim, apontar caminhos e contribuir para a prevenção da transmissão vertical do vírus na gestação, no parto e após a alta hospitalar.

Assim, após exaustiva leitura destas entrevistas, emergiram os núcleos temáticos, que foram agrupados em três grandes categorias {A- Assistência à Saúde da Mulher na questão do HIV/ AIDS nos serviços de pré-natal, B- Assistência à Saúde da Mulher na questão do HIV/AIDS no parto e C- Assistência à Saúde da Criança, filho de mãe soropositiva ao vírus HIV} em as sub-categorias que expressam relações entre si, como apresentado a seguir:

#### **A - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA QUESTÃO DO HIV/AIDS NOS SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL**

A.1 - Sorologia anti-HIV para as mulheres e o aconselhamento pré e pós-exame:

A.1.1 - Pré-Natal como rotina para solicitação do exame anti-HIV;

A.1.2 - Não protocolo de exame anti-HIV para as mulheres não grávidas, o profissional de saúde na solicitação do exame e o aconselhamento pré e pós-teste.

A.2 - Assistência pré-natal às mulheres soropositivas ao HIV

A.2.1 - O resultado do exame anti-HIV;

A.2.2 - Realização do pré-natal e encaminhamento para ambulatório de especialidades;

A.2.3 - Cuidados durante a gestação e a profilaxia da transmissão vertical do vírus HIV;

A.2.4 - Profissionais na orientação da promoção da saúde da mulher grávida soropositiva ao vírus HIV.

A.3 - O preconceito gerado durante a solicitação do exame HIV.

- A.4 - Os profissionais na orientação quanto à sexualidade da gestante e suas novas gestações:
  - A.4.1 - Adesão ao método de proteção;
  - A.4.2 - Sexo protegido na gestante soropositiva ao vírus;
  - A.4.3 - Nova gravidez.
- A.5 - Preparo psico-emocional dos profissionais para lidar com a situação dessas mulheres na assistência pré-natal.
- A.6 - Profissionais de saúde e a família da mulher grávida soropositiva.
- A.7 - O acompanhamento da criança exposta ao vírus após o nascimento e alta hospitalar sob os olhos dos profissionais.
- A.8 - Problemas e obstáculos no atendimento das mulheres grávidas HIV positivas e das crianças expostas, na opinião dos profissionais dos serviços de saúde.

## **B - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA QUESTÃO DO HIV/AIDS NO PARTO**

- B.1 - Assistência à parturiente:
  - B.1.1 - Teste rápido;
  - B.1.2 - Solicitação e realização do teste rápido;
  - B.1.3 - Profilaxia da parturiente;
  - B.1.4 - Precauções básicas dos profissionais e medidas de proteção do feto no momento do parto;
  - B.1.5 - Via de parto.
- B.2 - Amamentação: orientações, apoio e o protocolo da assistência do profissional à puérpera HIV positiva.
- B.3 - Momento de exposição da criança na transmissão vertical do vírus HIV.

## **C - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA, FILHO DE MÃE SOROPOSITIVA AO VÍRUS HIV**

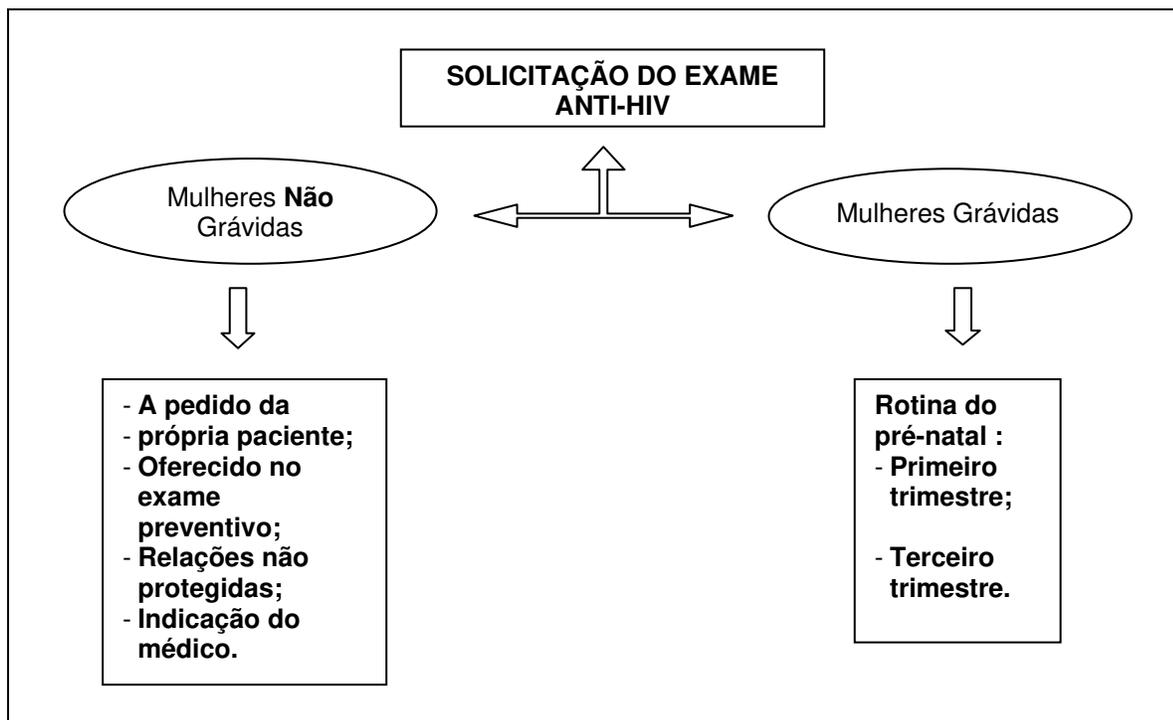
- C.1 - Encerramento do caso da criança exposta.
- C.2 - Promoção da saúde da criança
  - C.2.1 - Imunização.

A seguir, será apresentada a discussão de cada núcleo temático conforme agrupamento das categorias que se apresentaram significativas para esta pesquisa.

## **A - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA QUESTÃO DO HIV/AIDS NOS PRÉ-NATAL**

### **A.1 - Sorologia anti HIV às mulheres e o aconselhamento pré e pós-exame**

A solicitação do exame anti-HIV é realizado pelos profissionais que prestam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, em momentos de sua assistência às mulheres que buscam atendimento (Figura 6)



**Figura 6** - Diagrama do processo de solicitação de exame anti-HIV para as mulheres atendidas nas Unidades de Saúde e Saúde da Família - Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2008

### A.1.1 - Pré-Natal como rotina para solicitação exame anti-HIV e o aconselhamento pré e pós-teste.

As necessidades das mulheres grávidas devem ser atendidas no pré-natal, por meio do conhecimento técnico-científico existente e dos recursos disponíveis mais adequados (Brasil, 2000a, p.12.). Assim, o diagnóstico da infecção pelo HIV, no início da gestação, possibilita os melhores resultados em relação ao controle da infecção materna e, conseqüentemente, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical (Brasil, 2007). O teste anti-HIV deve ser sempre solicitado na gravidez, porém voluntário e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste (Brasil, 2000a, p 47).

*“Logo no **começo da gestação**, nós fazemos o pedido do exame de HIV, e depois no **terceiro trimestre de gestação** nós pedimos novamente”. (Enf11)*

*“Na rotina. Todos, na **primeira consulta**, na rotina do pré-natal já fazem VDRL, hepatite B, HIV, em todas. Se der reagente, aí se confirma com dois exames quando dá reagente”. (Med7)*

*“Na paciente de **pré-natal**, na gestante (...) a gente faz de rotina. A gente faz **na primeira consulta**, a gente faz um teste sorológica Elisa e **por volta de 28 a 30 semanas**, é repetido novamente e durante a internação na maternidade, aquelas que não realizaram a segunda, a segunda(...) coleta (...) é realizado um teste rápido, por ocasião da internação na maternidade”. (Med18)*

É inconcebível que qualquer profissional de saúde deixe de solicitar o exame anti- HIV, uma vez que há protocolo instituído no pré-natal sobre solicitação desse procedimento e é amplamente difundido na área médica que essa medida visa à identificação do vírus para a promoção de ações preventivas no controle da doença materna e, conseqüentemente, na redução da transmissão vertical do vírus. De fato, os profissionais médicos do Estado de São Paulo, desde 22 de novembro de 2000, são obrigados a oferecer às gestantes o teste anti-HIV conforme resolução 95/2000 que diz:

*É dever do médico, solicitar à mulher, durante o acompanhamento pré-natal, a realização do exame para detecção do HIV, com aconselhamento pré e pós-teste (Conselho Regional de Medicina, 2001 p63).*

Ainda de acordo com o Código de Ética de Enfermagem, o enfermeiro tem autonomia para acompanhar a gestante de baixo risco durante o pré-natal, podendo solicitar os exames de rotina e os complementares, de acordo com os Programas do Ministério da Saúde (Conselho Federal de Enfermagem, 1997)

Segundo os dados das fichas de notificação de gestantes soropositivas ao vírus HIV e seus filhos expostos, no estudo da fase quantitativa, houve um número de mulheres que não realizou pré-natal ou que compareceram em poucos atendimentos, deixando de realizar o exame anti-HIV para diagnóstico.

O oferecimento do teste anti-HIV a todas as gestantes, durante o acompanhamento pré-natal, foi adotado no Brasil com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV (Brasil, 2004a). O Ministério da Saúde normatizou na rotina do atendimento pré-natal, o oferecimento do exame anti-HIV, com o consentimento verbal da gestante, tendo como requisito básico sessões de aconselhamento pré e pós-teste, que se pautam especialmente, em um processo de escuta às demandas das mulheres, troca de informações e apoio emocional (Brasil, 2003).

Segundo recomendação do Ministério da Saúde, todas as gestantes devem realizar o teste anti-HIV, com aconselhamento e com consentimento das mesmas na primeira consulta de pré-natal. A repetição do exame deve acontecer, sempre que possível, no início do terceiro trimestre de gestação (Brasil, 2007).

*“Ah, **em poucas palavras eu digo** assim: “olha, nós vamos fazer vários exames inclusive AIDS, hepatite, sífilis (...) que é pro seu bem, pro bem do bebê, pra minha segurança, nós precisamos (...) **é um exame de rotina e é necessário por lei**” (Med02)*

*“A gente toma um pouco de **cuidado de falar** pra ela que é uma norma, mesmo assim (...) às vezes, a paciente chega aqui no hospital e às vezes não teve o primeiro exame, ou às vezes, não teve o pré-natal(...) então, aqui **no hospital a gente tem o cuidado de pedir autorização** pra ela (...) **na unidade básica de saúde não tem esse cuidado de pedir pra fazer** (...), a gente comunica e pede a concordância verbal e explica que é uma rotina, uma norma (...) visa à proteção dela, do bebê e do profissional de saúde que está lidando com ela” (Med02)*

*“Hoje é uma conduta de rotina. São pedidos os exames de **rotina de pré-natal** e já está incluído para todas, né. Todas as pacientes”. (Med05)*

A solicitação do exame anti-HIV para a mulher grávida está na rotina do pré-natal, mas percebe-se que os profissionais tratam a solicitação do exame como mais uma rotina estabelecida, normatizada do pré-natal, como qualquer outro exame a ser solicitado, muitas vezes de maneira automática, deixando de aproveitar esse momento da consulta para as trocas intersubjetivas.

Araújo (2004) aponta que, nas pacientes com DST que realizaram o aconselhamento há uma melhora nos índices de adesão ao tratamento, de retorno para receber o resultado dos exames, de tratamento do parceiro sexual e de uso do preservativo (Araújo et al., 2004).

A rotina do Papanicolaou é relatada por profissionais, que aproveitam esse momento para fornecer as explicações necessárias e incluem nas suas falas orientações sobre as DSTs e a disponibilidade do exame HIV.

*“Porque é assim: antes a gente tem que (...) preencher, né, um papel, a **requisição do preventivo, após o preenchimento**, a gente começa a dar **várias informações**, orientações sobre auto-exame de mama (...) a gente tem que ter um diálogo, né, uma conversa com elas pra saber da história dela, não só preencher o papel(...) durante esse papo a gente fala das DSTs e **acaba falando da existência, né, do pedido do HIV**”  
(Enf03)*

**A.1.2 - Não protocolo de exame anti-HIV para as mulheres não grávidas, o profissional de saúde na solicitação do exame e o aconselhamento pré e pós-teste.**

Os programas e as campanhas de prevenção do câncer ginecológico desenvolvidas para as mulheres devem priorizar as questões de DST/AIDS. Os profissionais devem aproveitar esse momento para esclarecê-las sobre as doenças sexuais, incluindo a AIDS, e solicitar a sorologia para o vírus HIV.

A sorologia deve ser universalmente oferecida para as mulheres, além do pré-natal, quando estas forem portadoras de qualquer DST, quando apresentarem doenças inflamatórias pélvicas ou do trato genital inferior associada ao Papiloma Vírus Humano (HPV), herpes genital e candidíase persistente. Deve também ser oferecida para as mulheres sem a presença dessa história clínica,

mas que apresentem, ou tenham parceiros que apresentem, comportamento de risco e/ou uso de drogas ilícitas de qualquer tipo (Amaral, 2004).

“Na unidade básica, **na população em geral** é solicitado **sempre que a paciente deseja** ou manifeste desejo de fazer”. (Med18)

“E para as mulheres em geral nós **ofereceremos, no preventivo**, uma demanda espontânea, e caso elas cheguem e digam que tiveram **relações e não usaram preservativos**”. (Enf11)

“Às vezes **a pedido da própria paciente**. Não peço de rotina em qualquer consulta, ainda não há esta conduta”. (Med12)

*“Eu reservo a requisição do exame quando a gente tem algum tipo de **comportamento de risco**, algum tipo de problema que a paciente traga, alguma coisa que esteja relacionada com **promiscuidade dela ou do parceiro**(...) é (...) algum **quadro infeccioso mal definido**, de tratamento arrastado(...) mas assim, se ela chega com um queixa assim (...) “ah estou com corrimento” não vejo motivo pra se fazer a sorologia”. (Med02)*

Embora os profissionais de saúde estejam cientes do crescente número de mulheres infectadas pelo vírus HIV, percebe-se que a rotina da solicitação do exame, nas Unidades de Saúde, fica a critério da expressão de desejo da mulher em realizá-lo ou quando implica em comportamento de risco, mas não como rotina dos serviços e dos profissionais.

Entretanto, as orientações oferecidas são variadas e voltadas principalmente para as doenças que acometem o sistema reprodutor feminino. No que se refere ao HIV/AIDS, as mulheres recebem pouco esclarecimento.

Acredita-se que, para que o aconselhamento se estabeleça, é fundamental o diálogo entre os profissionais e as pacientes, e para que as discussões sobre questões íntimas possam emergir, é necessário assegurar o sigilo e a privacidade das informações, proporcionando adequada abordagem e respeitando a subjetividade dessas mulheres.

A testagem voluntária para o HIV e o aconselhamento são fatores importantes para a prevenção da transmissão vertical, pois são nesses momentos que se pode promover abordagem adequada para a mulher infectada e proporcionar oportunidade de educação e mudança de comportamento para a

mulher em situação de risco, com sorologia negativa para o HIV (Galdani et al., 2003).

## **A.2 - Assistência pré-natal às mulheres soropositivas ao HIV**

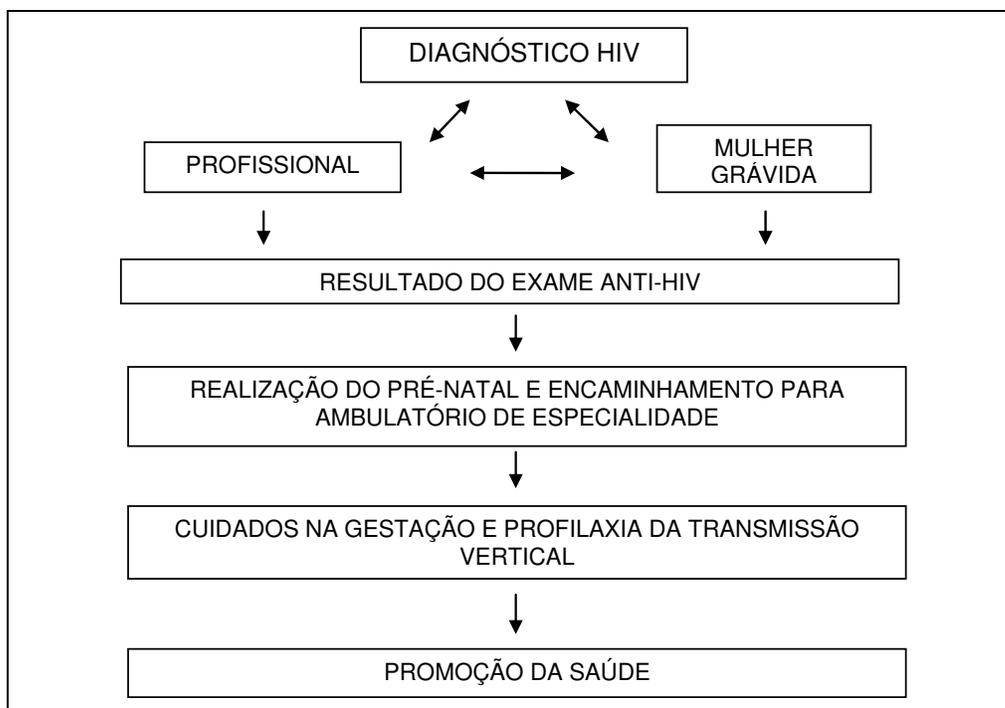
A assistência pré-natal deve ser organizada para atender as reais necessidades da população gestante, sendo que as unidades de saúde devem assegurar a continuidade do atendimento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas na saúde materna e perinatal (Brasil, 2000a).

A assistência às mulheres grávidas abrange mais do que atender as causas e conseqüências das doenças maternas; ela deve incluir melhorias no estado geral de saúde dessas mulheres e também assegurar melhorias nos serviços de atenção primária à saúde da mulher, principalmente das grávidas (Galvão, 1999).

Com foco ainda, na assistência pré-natal, a educação e a promoção da saúde materna e infantil são fundamentais para o estabelecimento de uma relação comprometida que passa a se efetivar entre a equipe de saúde, a mãe, seu marido ou companheiro e sua família (Spallicci et al., 2002).

A gestação foi um momento de escolha para a detecção do vírus HIV na mulher e segundo Barbosa e Lago (1997) e Ruggiero e Tavares (2000) no campo da saúde reprodutiva no Brasil levantam-se uma série de questionamentos e impasses, pois eleger a gestação como momento de detecção do vírus HIV em mulheres, de modo a beneficiá-las, pressupõe reconhecer seu direito e decisão sobre a reprodução. A eleição deste momento de intervenção, tal como vem acontecendo, não só re-edita a histórica priorização da assistência pré-natal, como tem a finalidade primeira de beneficiar o recém-nascido.

A figura 7 esboça as fases da assistência às mulheres desde o diagnóstico até os cuidados na gestação e na profilaxia da transmissão vertical e apresenta como vem sendo trabalhadas as questões voltadas para a promoção da saúde.



**Figura 7** - Fluxograma de assistência pré-natal, profissional-mulher grávida e o diagnóstico do HIV - Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2008.

### A.2.1 - O resultado do exame anti-HIV

Durante a gravidez, a solicitação dos exames sorológicos deixa muitas mulheres preocupadas, pois elas podem associar possíveis diagnósticos sorológicos à transmissão da doença para o feto. Cuidados básicos devem ser adotados por meio de informações e esclarecimentos, promovendo a tranquilidade da gestante (Tedesco, 1999).

*“Eu **estaria chamando ela, né, pra estar conversando, explicando, né, o resultado do exame, o que que ela poderia estar fazendo agora (...)**”.*  
(Enf04)

*“Porque **não é fácil, né...** a gente virar pra pessoa e falar “oh, você tem HIV” eu acho que a gente tem que ter um preparo antes de passar por um processo mesmo, mas eu acho que pode ser o profissional médico, o profissional enfermeiro, desde que tenha capacitado”.* (Enf03)

*“Então, se a **gente informa o resultado**, a gente entende que também está sendo responsável por aquela pessoa dali pra frente. O que que ela vai fazer com esse resultado? Então, eu sinto despreparada mesmo pra isso”.* (Enf08)

*“O médico pode até ser os dois juntos. Mas eu acho **indispensável a participação do médico**”.* (Enf11)

*“Os exames vêm do laboratório direto e quando dão **alterados, vêm endereçados ao pré-natalista**. Vêm em um envelope fechado, né, pra gente **proceder da melhor maneira**. Pra não vir num exame aberto que todo mundo tem contato, né”. (Med05)*

*“**Dificuldade eu tenho, não vou falar que não tenho**. Mas a gente tem que chegar para o paciente e falar: “olha, o teu exame apareceu e **nós até repetimos o exame para confirmar que deu reagente**”. (Med07)*

*“Bom, **na maioria das vezes, o médico é o profissional que primeiro vai entrar em contato com a paciente pra dar a notícia (...)** É uma **situação bastante complexa**, porque muitas vezes, principalmente na gestante, elas não estão esperando uma notícia desse tipo, então envolve uma questão complexa, né”. (Med18)*

Muitos profissionais relataram o quão delicado é lidar com um resultado de sorologia positiva e a dificuldade em comunicar esse diagnóstico à paciente. Percebe-se pelas falas, que essa dificuldade pode estar associada à insegurança e ou ao despreparo em lidar com o assunto e a percepção do impacto psico-emocional em diferentes graus que o diagnóstico e a notícia da soropositividade podem causar, bem como as diversas reações resultantes desses fatos. Talvez seja como consequência dessas considerações que os enfermeiros, envolvidos na assistência pré-natal, referem a importância da presença do médico, no momento de informar a mulher, do resultado positivo do exame.

#### **A.2.2 - Realização do pré-natal e encaminhamento para ambulatório de especialidades**

A assistência pré-natal às mulheres soropositivas, no município em estudo, é realizada ancorando-se na assistência clínica e obstétrica. O acompanhamento obstétrico é ofertado pelas Unidades de Saúde e as Unidades da Saúde da Família. O atendimento clínico relacionado à patologia é realizado no ambulatório de especialidades em HIV/AIDS. Nesse ambulatório, a equipe é multiprofissional e conta com enfermeiro, médico, psicólogo e assistente social.

*“Ela continua no lugar, né, no postinho de origem dela e é **encaminhada pro serviço** que faz o **acompanhamento clínico**”. (Med05)*

*“Tem terapia ocupacional, tem a psicóloga, a gente tem um dentista, tem ginecologista, tem pediatra, tem a terapeuta ocupacional e tem a psicóloga...” (Med06)*

*“Nós temos **na rede... tem... no município, um apoio muito bom do pessoal da ASPA, onde eles contam com profissionais de psicologia, de enfermagem... e... tem um acolhimento muito bom**”.* (Med18)

*“É, normalmente é assim: vem nas unidades básicas de onde foi solicitado o exame né, e se por ventura vem um reagente, resultado positivo, aí **a vigilância epidemiológica já faz uma cópia do teste e manda aqui para o ambulatório de especialidade**”.* (Enf09)

*“A gestante, **ela faz o pré-natal na unidade básica** e... mesmo as portadoras do vírus HIV. Se ela quer ter o profissional ginecologista lá, que pode inclusive acompanhar o pré-natal, mas na maioria das vezes elas são acompanhadas na unidade básica”.* (Med18)

Essas ações são preconizadas da seguinte forma pelo Ministério da Saúde:

*“A gestante portadora do vírus HIV seja encaminhada para o Serviço de Assistência Especializada, onde ocorrerá o acompanhamento clínico, como portadora do vírus. Ainda, durante todo o pré-natal, deve ser realizado o acompanhamento conjunto do médico clínico/infectologista e obstetra capacitado no manejo de pacientes infectadas pelo vírus” (Brasil, 2004a p16).*

### **A.2.3 - Cuidados durante a Gestação e a profilaxia da transmissão vertical do vírus HIV**

Conforme as falas dos profissionais, percebe-se a preocupação com a assistência pré-natal realizada nas Unidades de Saúde/Saúde da Família e com o acompanhamento clínico que é realizado no Ambulatório de Especialidade. Essas falas referenciam o início precoce do uso da medicação profilática, enfatizando-o como fator principal para a diminuição da carga viral e a redução dos índices de transmissão vertical.

Essas preocupações estão em consonância com o que o Ministério da Saúde prevê para as gestantes HIV positivas que devem receber profilaxia com drogas anti-retovirais potentes, independente do seu estado imunológico ou virológico, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical. A profilaxia com AZT, sempre que possível, deve fazer parte de qualquer esquema terapêutico indicado para a gestante (Brasil, 2007).

Mesmo o profissional, assumindo as ações de assistência obstétrica e clínica, observa que deve, co-responsabilizar a mulher em seguir o tratamento prescrito, pois o uso da medicação tem a finalidade de aumentar a chance de a criança nascer sem o vírus.

*“Elas tem que **tomar o coquetel, né, o AZT...** durante a gravidez pra ter menos risco de contrair o HIV na criança”. (Enf03)*

*“conseguir **diminuir a carga viral dela**. Diminuindo a carga viral dela, a gente consegue **tentar prevenir HIV na criança**” (Enf03)*

*“Então, eu acho que o principal de tudo da profilaxia é a transmissão vertical. Colocar a mulher soropositiva que está gestante em uma posição assim, que ela também é responsável pelo bebê que ela vai ter, então ela tem que seguir o tratamento para o filho dela ter chances de nascer sem o vírus. Então, eu entendo que isso é bem colocado pra ela”. (Enf08)*

*“A profilaxia... ela inicia na **14ª semana da gestação** e... a gestante vai tomar durante toda a gestação o anti-retroviral”. (Enf09)*

*“Ela tem que tomar medicação retroviral durante toda a gravidez”... (Enf11)*

*“ Ela vai usar o **sulfato ferroso, ácido fólico... que é a medicação que conta no programa e ela recebe lá o AZT**, ou alguma outra droga dependendo de como está a carga viral o (CD4) dela... ela pode ter mais ou menos doses de determinados tipos de medicamentos lá no departamento de AIDS”. (Med02)*

*“Não, a gente faz um **pré-natal básico e bem orientado**. A gente orienta e continua em contato com a paciente... a gente pergunta se está tomando remédio, se houve alguma intercorrência”. (Med07)*

*“Basicamente ela recebe o anti-retroviral. Ela tem o acompanhamento lá, tem uma evolução toda dos exames de rotina e acompanhamento imunológico..... **o ideal é a partir da 12ª, 14ª semana** e ele é mantido até o final da... até o termo”. (Med18)*

No ambulatório de especialidade, a gestante recebe a medicação prescrita pelo médico e realiza o acompanhamento da evolução da doença por meio da realização de exames. O reforço sobre o uso do anti-retroviral e a responsabilidade dela em não passar o vírus para seu filho, também é recomendado pela equipe das Unidades de Saúde/Saúde da Família.

*“A grávida, a gente tem que enfatizar que agora **ela tem uma dupla responsabilidade**, que ela tem o vírus nela que pode passar para a criança... então a gente passa um pouco dessa **responsabilidade** e a importância dela de não nascer a criança doente”. (Med06)*

*“Faz o seguinte, na parte da medicação, do acompanhamento dos **exames laboratoriais, a prova hepática, a renal, o CD4 e a carga viral**,*

*sempre, né.... assim, a prioridade é deixar uma carga viral indetectável. Isso tudo a gente faz no acompanhamento aqui”. (Med06)*  
*“A profilaxia... ela inicia na **14ª semana da gestação** e... a gestante vai tomar durante toda a gestação o anti-retroviral”. (Enf09)*

O Ministério da Saúde prevê que a profilaxia com ARV (monoterapia com AZT ou profilaxia com TARV) deve ser iniciada a partir da 14ª semana de gestação (Brasil, 2007). Ressalta que o uso dos anti-retrovirais, durante a gestação, está se tornando cada vez mais freqüente, embora poucos dados estejam disponíveis sobre as conseqüências da exposição fetal a essas drogas. Visando o controle da infecção pelo HIV e a redução da transmissão vertical, a TARV combinada deve ser indicada somente para as mulheres que preenchem os critérios clínicos e laboratoriais necessários para que se inicie o tratamento (Brasil, 2004a).

Os profissionais, durante os atendimentos nas Unidades de Saúde/Saúde da família, informam também às mães sobre o risco da transmissão do vírus HIV para as crianças, caso sejam amamentadas.

*“Ela não vai poder amamentar, a gente vai ter que sempre estar cobrando, né”. (Enf03)*

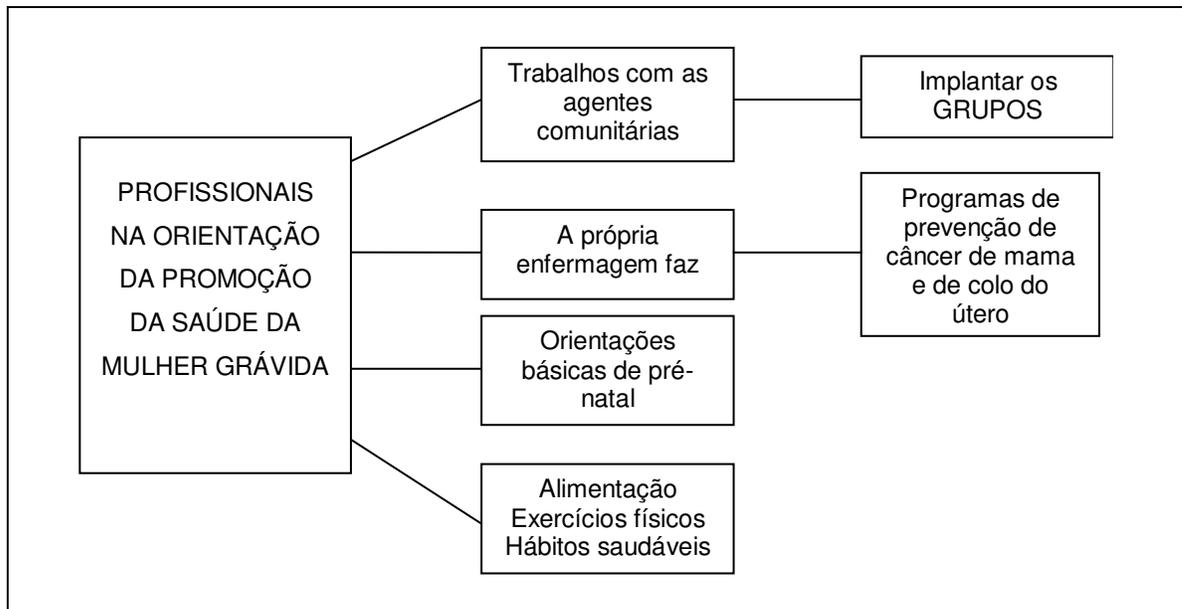
*“A gente orienta o que pode estar acontecendo na amamentação. É aí que elas têm muitas dúvidas. “Eu não vou poder amamentar meu filho?”. (Enf04)*

*“E eu penso também na questão de **amamentação**... dessa **vontade de amamentar** e aí o bebê nasce e ela não pode amamentá-lo”. (Enf10)*

As falas dos profissionais reforçam o que o Ministério da Saúde recomenda, pois, segundo ele, o aleitamento materno representa riscos adicionais de transmissão vertical. Esse risco se renova sempre que a criança é exposta novamente ao leite materno, atingindo percentuais entre 7 a 22% (Brasil, 2007). Estima-se que entre 15 e 40% das crianças nascidas de mães soropositivas ao HIV-1 tornam-se infectadas na gestação, durante o trabalho de parto, no parto ou por meio da amamentação. Portanto, as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV não devem receber leite materno (Brasil, 1998b).

#### A.2.4 - Profissionais na orientação da promoção da saúde das mulheres grávidas

É de amplo conhecimento que a promoção da saúde incide diretamente na saúde do indivíduo. Portanto, as mulheres grávidas podem alcançar qualidade de vida, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde com ajuda da promoção.



**Figura 8** - Fluxograma das questões abordadas pelos profissionais na promoção da saúde da mulher grávida soropositiva ao vírus HIV - Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2008.

Na figura 8 procurou-se sintetizar o que as falas dos profissionais entrevistados sinalizavam como maneira de operar as questões do seu envolvimento na promoção da saúde. Isso não implica afirmar que todos os profissionais estão praticando esta ação. Percebe-se, ainda, que os profissionais médicos depositam na enfermagem a atribuição de ações como as orientações básicas do pré-natal. Os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família contam com os agentes comunitários para realizar orientações e os profissionais das Unidades Básicas de Saúde apontam a necessidade da implantação do trabalho de grupo.

A integralidade das ações de saúde depende tanto da organização estrutural do sistema quanto da formação profissional do médico e dos demais profissionais da saúde (Campos, 1999).

*“A gente está em processo de mudança aqui em começar a **implantar os grupos, mas nada de concreto ainda** (...) e nos faz muita falta, né, o grupo”. (Enf03)*

*“A gente tem um **trabalho com as agentes comunitárias** que elas, durante as visitas, elas são orientadas **para estar sempre promovendo a saúde**”. (Enf03)*

*“Ah, a gente orienta de uma maneira geral mesmo, não só voltado o caso de HIV, como eu te falei. A gente orienta **alimentação, exercício físico**, o que ela pode fazer e o que ela não pode, **hábitos saudáveis**, como parar de fumar se ela fumar, ficar longe de quem fuma... coisas assim. Mas a gente não foca o cuidado só pro HIV. Então a gente faz a orientação geral, como se fosse uma gestante normal mesmo”. (Enf08)*

*“ Eu acho que é **a própria enfermagem que faz**. A enfermeira lá do postinho, eles fazem isso. Fazem aquelas entrevistas (...) marcam (...) é ali que eles fazem. **A gente do pré-natal mesmo não**”. (Med05)*

*“Agora, eu creio que são as unidades de saúde que determinam mais uma atuação nesse sentido, porque a gente tem uma diretriz, uma orientação mais para esse controle da aderência, da alimentação. Tem programa também filantrópico, ajuda assim, na parte de cesta básica, em alguma medicação que seja necessária, que o ambulatório solicita”. (Med06)*

*“A paciente tem as **orientações básicas de pré-natal**, algumas específicas que valem para o geral, se está grávida ou não”. (Med12)*

*“Os **programas de prevenção de câncer de mama, de(...) de colo do útero** (...) tudo isso é oferecido (...) com ou sem o vírus (...) portadora ou não”. (Med18)*

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006d, p.13), “A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde”.

Segundo Merry (1994), a tecnologia em saúde está “nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e

da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos”.

*“Então a gente procura ver ela como um todo. Assim, o lado emocional dela (...) então é uma equipe assim, multidisciplinar que a gente trabalha então cada um vendo a necessidade dela”. (Enf09)*

A concepção holística da promoção de saúde é outro princípio cuja prática exige a ampliação do foco da concepção de saúde em desenvolver ações coletivas no cotidiano da população, tendo como ponto de partida a análise do contexto sócio-econômico e político e suas desigualdades, elaborando políticas públicas, criando ambientes favoráveis à saúde e fortalecendo a participação da população (Sicoli e Nascimento, 2003).

Com a fragmentação da assistência a integralidade, um dos princípios do SUS, não se estabelece. A própria Constituição Brasileira se refere a tema como *“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”* (Mattos, 2004).

### **A.3 - O preconceito gerado durante a solicitação do exame HIV**

Percebe-se que a soropositividade ao vírus HIV/AIDS é cercada de fatores geradores de preconceitos, provavelmente pelo fato de a doença, no início, ter sido associada a grupos de indivíduos marginalizados, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e, posteriormente, às profissionais do sexo.

*“A gente deixa (...) é (...) esclarece pra ela que há um sigilo, né, entre o profissional e o paciente. Sempre tem um receio de **“ai minha vizinha vai ficar sabendo alguma coisa”**, talvez seja só pelo motivo de ela estar vindo colher, já é um **preconceito** que ela forma, né, em relação a esse exame”. (Enf04)*

*“A gente explica e oferece o exame. Aí é que vem a questão da dúvida também, **“ah mas porque que eu vou fazer? Se eu não fiz até hoje (...) porque é que eu vou fazer?”**”. (Enf04)*

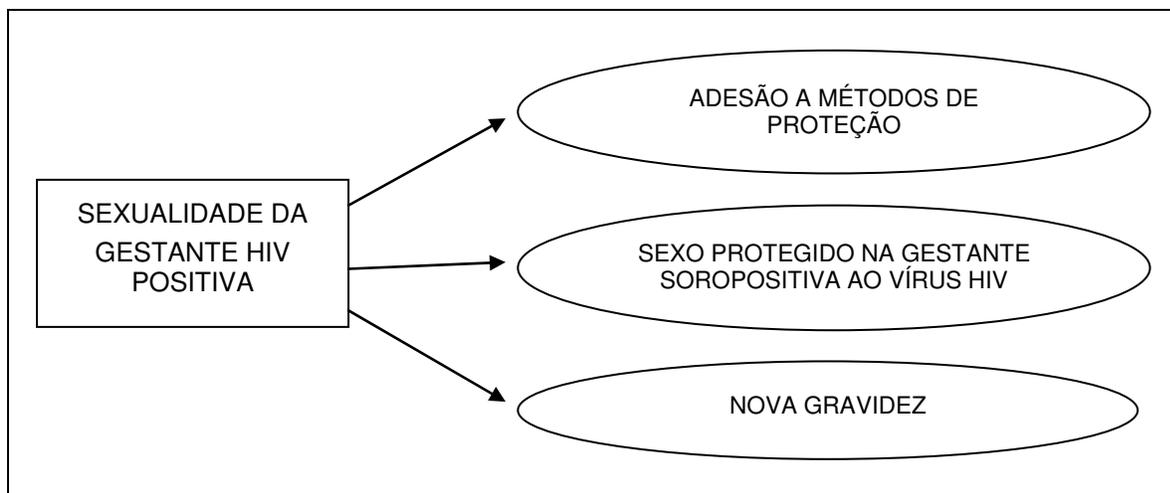
*“Eu acho bem difícil, não na parte de atendimento, na parte de esclarecimento dessa mulher, pois ainda há um **preconceito muito grande perante a sociedade**” (Enf11)*

A epidemia da AIDS, atualmente, está atingindo as mulheres em números crescentes. Por isso, esforços conjuntos vêm acontecendo entre o Ministério da Saúde e Organizações Não Governamentais (ONGs) ligadas às mulheres soropositivas. Esses esforços objetivam promover/fomentar a conscientização e as ações de prevenção e tratamento e os trabalhos em grupos, no sentido de criar união entre as mulheres soropositivas ao vírus HIV, quebrando o isolamento causado pelo preconceito e pelos estigmas causados pela doença (Grupo Incentivo à Vida, 2008).

Os profissionais relatam que as mulheres expressam o medo do diagnóstico e da notícia sobre sua condição em relação à soropositividade ao exame e também verbalizam a dificuldade que elas enfrentam para lidar com essas condições na sociedade.

#### A.4 - Os profissionais na orientação quanto à sexualidade da gestante e suas novas gestações

A figura 9 procurou demonstrar como os profissionais discutem as questões da sexualidade da gestante HIV positiva, como a adesão a métodos de proteção dessas mulheres e mesmo a vivência ou não de novas gravidezes.



**Figura 9** - Fluxograma dos profissionais na orientação quanto à sexualidade da gestante e suas novas gestações, Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2008.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “as pessoas têm o direito a uma vida sexual satisfatória e segura, podendo decidir se, quando e com que frequência deseja se reproduzir” (Petchesky, 1999).

No relacionamento íntimo entre homem e mulher, deparamo-nos com vários condicionantes que intervêm em decisões sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sexo protegido e gravidez. A ênfase na redefinição de práticas de saúde, em que os profissionais, no seu trabalho, são capazes de ir além dos instrumentos tradicionais de informação e utilizam um diálogo aberto e proporcionam uma relação de confiança, na qual a mulher pode expor seus sentimentos, angústia, medos e desejos, está fortalecendo o processo de trabalho na relação com essas mulheres e, assim, avançando na conquista da integralidade da atenção (Souza et al., 2008).

#### **A.4.1 - Adesão a métodos de proteção**

O relacionamento sexual dessas mulheres é relatado pelos profissionais como uma atividade normal e, por isso essas mulheres são orientadas quanto ao uso de preservativo com o objetivo de prevenir a transmissão do vírus ao seu parceiro. As atividades voltadas para a informação da clientela é de extrema relevância, cabendo aos profissionais de saúde a informação sobre concepção e anticoncepção.

*“A gente orienta assim(...) é(...) que elas podem ter uma vida normal, como todas as pessoas, podem se relacionar, namorar, ter marido, ter parceiro, o que elas quiserem, mas tem que ter compromisso, se o parceiro é HIV positivo ou não, de estar usando o preservativo”. (Enf09)*

Os conceitos de fidelidade, estabilidade, parceiro fixo e monogamia conferem àquelas que exercem estas modalidades de parceria a sensação de sexo seguro e isso resulta na decisão do não uso do preservativo, mesmo quando a infidelidade do parceiro é conhecida.

Os profissionais verbalizam a preocupação sobre a possibilidade de a mulher estar abandonando o uso do preservativo, tornando-se vulnerável a novas

gravidezes, ao aumento de sua carga viral ou expondo o parceiro não contaminado ao vírus.

*“A adesão ao preservativo é baixa para quem usa outro método. Elas... “você está usando preservativo?”, “tô”, “em toda relação?”, “ah, não em toda”. A **gente vê que não está usando**, a gente percebe que a mulher HIV, ela está tendo cada vez mais filhos, mesmo depois de descobrir que é soro positiva, então isso indica que ela não está usando (...) preservativo”. (Enf08)*

#### **A.4.2 - Sexo protegido na gestante soropositiva ao vírus HIV**

Práticas sexuais desprotegidas podem ser consideradas como fatores de risco na transmissão sexual do HIV. Promover o uso correto e consistente do preservativo é um grande objetivo dos programas de redução de risco da transmissão sexual do HIV. (Lampthey e Prince, 1998).

O uso do preservativo é a única forma de prevenção contra as DST/AIDS e gravidez não planejada (Kaplan et al., 2001). Quanto mais se compreende a AIDS como doença crônica, mais a prevenção ganha importância, tanto para os infectados (re-infecção), quanto para os não infectados (Parker, 2000).

*“Parceiros que **não são discordantes**, que os dois são HIV positivo, ocorre também um **aumento da carga viral**”. (Enf09)*

*“Parceiros **discordantes**, que um é HIV positivo e o outro não é, aí a gente orienta, fala, explica que (...) é (...) tem que ter esse **compromisso de proteger o outro**, de se relacionar só com preservativo e que também eles respondem não só, assim (...) o compromisso pelo sentimento pelo outro, mas tem a parte legal em relação a isso também”. (Enf09)*

*“E, assim (...) o que muda, a princípio, é **a obrigatoriedade do uso do preservativo**, independente de o marido estar ou não doente, ser ou não soro positivo. E assim, **eventualmente a gente cobra esse comportamento, né, tipo: “Tem usado camisinha? Não está faltando? Quer pegar mais?”**”. (Med02)*

*“É feito todo um trabalho no sentido de se **precarer**, né, com relação à transmissão do vírus para outras pessoas e com o parceiro, da **replicação do vírus**”. (Med18)*

*“Então, em termos de **planejamento familiar**, nós oferecemos os **métodos convencionais e mais o preservativo**. Tem o anticoncepcional oral, injetável, como para qualquer pessoa da população normal, mas a orientação é específica para que se use o*

*preservativo”. (Med18)*

*“Planejamento familiar a gente faz, a gente não tem uma coisa centralizada, mas cada unidade faz o seu”. (Enf08)*

*“Durante os atendimentos, a enfermagem é quem tem orientado”.( Enf11)*

Observa-se nas falas dos profissionais, a preocupação com o planejamento familiar, mas percebe-se que, por não ser um programa padronizado em todas as Unidades de Saúde, a estratégia de trabalho fica a critério da equipe que ali atua.

#### **A.4.3 - Nova Gravidez**

Indagações sobre o por quê de as pessoas adotarem este ou aquele comportamento, se exporem a situações de risco ou, ainda, adotarem medidas de proteção, permeiam o meio profissional. Tornam-se difíceis respostas para todas essas indagações, devido a uma gama de diversidades de situações. E ainda, para cada mulher, há motivações muito específicas relacionadas a sua história de vida, a sua situação atual, ligadas aos valores em que acreditam, entre outros (São Paulo, 2007b).

Ainda, para as mulheres, a maternidade se mostra como um atributo biológico que as torna seres mais fortes. Para muitas mulheres, a maternidade é seu destino social e a garantia do lugar psíquico da feminilidade (Aguiar e Simões-Barbosa, 2006; Monticelli et al., 2007).

Nesse sentido, oportunidades para diálogo aberto e não preconceituoso, são peças fundamentais no desenvolvimento de ações de prevenção, e diferentes profissionais podem viabilizar essa prática. Portanto, “no desenvolvimento das ações de prevenção, é essencial que ocorra abertura para que as próprias pessoas possam se apropriar das motivações que as levam a agir da maneira como agem e para que possam refletir sobre como pretendem agir” (São Paulo, 2007b, p.23).

*“A gente percebe que **a mulher HIV**, ela está tendo **cada vez mais filhos**, mesmo depois de descobrir que é soropositiva, então isso indica que ela não está usando... preservativo”. (Enf08)*

*“Então, **no primeiro** eu até acho (...) a **vontade da mulher de ser mãe**, então eu vejo assim por esse lado, que, independente de ela ter a doença, ela quer ser mãe como toda mulher (...) no primeiro. No **segundo**, eu **já começo a ver com outros olhos**, eu já começo (...) eu acho que eu posso estar até errada, mas eu já começo a ver assim como um pouco de irresponsabilidade em relação ao futuro da criança, ao futuro dela mesma”. (Enf09)*

*“Neste caso, ela está colocando em **risco outra pessoa**, então, eu acho que ela não deveria reengravidar”. (Enf11)*

*“Uma **irresponsabilidade** muito grande”. (Med12)*

Nas falas acima, percebe-se que a primeira gestação da mulher soropositiva ao HIV é vista pelos profissionais como um desejo de ser mãe, mas quando essa mulher passa a vivenciar outras gravidezes, os profissionais passam a julgá-las como irresponsáveis, pois colocam a criança em situação de risco de adquirir a doença.

É necessário que a mulher infectada receba o máximo de informações para decidir se engravida ou não. Infere-se que a ausência de sintomas da AIDS e o uso de medicamentos têm dado a essas mulheres esperança de poder cuidar de seus filhos e criá-los até uma idade maior e, se possível, de um dia obter a cura para si. Isso tem implicação, portanto, para a decisão dessas mulheres em engravidar mais vezes, exercendo, assim, o seu direito à reprodução.

Para a mulher grávida infectada, há evidências de que, nem sua condição de soropositividade para o HIV, nem a possibilidade de transmissão do vírus ao feto, determinam sua decisão de interromper uma gestação. O desejo dessas mulheres é que seus filhos nasçam com saúde e que não recebam delas o vírus (Paiva, 2000).

*“Acabam ficando grávidas por uma **programação própria**, provavelmente, ou com certeza (...) **deixam de lado o preservativo** e programam a gestação naturalmente. Assumindo os riscos que isso por ventura possa levar”. (Med18)*

*“Elas querem (...) eu não sei, a impressão que eu tenho é assim: é a vontade de mostrar que elas podem, **apesar de ter uma doença grave elas podem gerar vida**, entendeu? No depoimento de uma eu percebi isso e na fala também”. (Enf09)*

*“É a minha visão, porque eu acredito que tem mulheres que quando estão grávidas e são HIV positivas, o bebê nasce, **elas resolvem gerar**”*

***mais um e ter uma família completa***". (Enf10)

*"E se tiver um irmão, ou uma irmã será que eles não vão se unir? Um dar força pro outro?". (Enf10)*

Os profissionais verbalizam que as mulheres desejam engravidar e são várias as situações que podem ter levado as mulheres a vivenciarem uma ou mais gravidezes, como talvez o desejo de ser mãe e ou de perpetuar a família.

O Direito Reprodutivo envolve a escolha em querer ou não ter filhos. O acesso à informação, a recursos econômicos, à tecnologia, a serviços apropriados e a condições e normas sociais, auxiliam as mulheres em suas decisões, influenciando assim, também os assuntos relacionados à prevenção do HIV (Mane e Aggleton, 1999).

#### **A.5 - Preparo psicoemocional dos profissionais para lidar com a situação dessas mulheres na assistência pré-natal**

A insegurança dos profissionais é verbalizada quando relatam os casos de resultado de sorologia positiva e também em relação à questão da confiabilidade do resultado, possivelmente por ser um diagnóstico que possa causar vários problemas para a mulher, até mesmo o preconceito em relação à doença.

Segundo Filgueiras (2008), os profissionais de saúde têm dificuldade de conversar com as mulheres soropositivas ao HIV sobre sexualidade, dificultando o relacionamento do profissional com a paciente, e até mesmo a avaliação em conjunto dos riscos que as mulheres têm de se infectar.

*"Não, não acredito. Eu acho que não tem preparação". (Enf03)*

*"No sentido tanto da doença, como psicológico também. De como tratar o paciente, de como conversar com ele, de como a gente deve assim (...) se portar com ele, porque, às vezes inconscientemente a gente pode ter algum gesto, alguma questão que a gente não percebe e que a gente está sendo preconceituoso, ou talvez ele ache que seja um preconceito.*

***Eu acho que falta muito ainda**". (Enf03)*

*"Eu acho que tem que ter um **trabalho muito especial** mesmo, eu acredito que tem que ter esse **trabalho voltado para os funcionários** em um determinado momento pra eles aprenderem a lidar com seus*

*próprios conflitos para depois abrir e receber melhor esses pacientes, principalmente as especiais que são as gestantes incluindo o HIV e as não HIV (...)*. (Enf10)

*“Olha (...) nesse aspecto eu acho que poderia (...) vamos dizer assim (...) ter uma interação melhor, né. Tem HIV, agora gestante HIV positiva, dentro de um modo, apesar dessa doença, desse problema imunológico que tem (...) vê um modo assim (...) de se capacitar esse pessoal pra que haja um atendimento sem tanta (...) não que seja discriminação, mas **sem tanta assim (...) vamos dizer assim (...) você tem uma gestante e uma gestante HIV positivo é diferente, entendeu”?** (Med06)*

*“**Dificuldade eu tenho, não vou falar que não tenho.** Mas a gente tem que chegar para o paciente e falar olha: o teu exame apareceu e **nós até repetimos o exame para confirmar que deu reagente**”. (Med07)*

*“**Uma: tem o medo do erro laboratorial, eu morro de medo**”. (Med07)*

#### **A.6 - Profissionais de saúde e a família da mulher grávida soropositiva**

Os profissionais enfatizam a dificuldade que sentem em se relacionar com os familiares dessas mulheres por elas não revelarem o diagnóstico à família. Muitas vezes, o próprio parceiro que pode ser o que transmitiu a doença a elas não comparece para acompanhá-las nas consultas de pré-natal.

Atualmente, com a reorganização do sistema de assistência à saúde no nosso país, os profissionais têm sido estimulados a buscar uma maior aproximação com as famílias, compreendendo-as e buscando priorizar as ações de proteção e promoção da saúde dos seus membros. Segundo Souza (1999), passa a ser perspectivas de atuação dos profissionais “entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; intervenção sobre os fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade”.

Essa dificuldade que os profissionais relatam na proximidade com os familiares pode estar relacionada com o próprio preconceito que a doença gera para o indivíduo, tanto na comunidade como no seu meio familiar. Atender a mulher soropositiva e sua família pode ser um desafio da assistência, onde a

interação entre o profissional, a paciente e sua família pode contribuir com as propostas de intervenções no seu cuidado.

*“A gente vê que **o parceiro nunca vem junto**, pelo menos nas experiências que eu tive aqui. Então a gente percebe que **o parceiro fica distante do pré-natal** e ela não entra muito em detalhes com relação a isso, mas geralmente é a mulher com a mãe dela, ou com outra filha, ou com uma irmã, mas o parceiro não participa do pré-natal”. (Enf08)*

*“Assim, o que eu percebo, é que quando eles vão deixar telefone, eles não deixam telefone fixo, eles sempre deixam de celular, então eu acho que muita gente assim, que é HIV positivo, **o familiar acaba não sabendo** que é HIV positivo”. (Enf03)*

*“Olha, pelo menos na parte daqui, **é muito difícil vir** assim, **um pai, o pai da criança, o marido**, ou vir uma mãe, geralmente elas vem sozinhas (...) pelo menos aqui, estou dizendo aqui comigo, agora não sei no acompanhamento com o obstetra como que é feito, mas aqui, olha (...) raramente vem o marido”. (Med06)*

*“É, eu acho que é importante quanto mais a família participar (...) mas existe um problema muito sério, eu tenho (...) **muitas pessoas que eu atendo que ninguém da família sabe que ela é portadora**, a não ser o marido que, muitas vezes ele também é paciente do (...) do (...) e só. Geralmente elas escondem do vizinho, da mãe, do pai(...) ou, muitas vezes, uma pessoa só da família é que tem conhecimento de que a pessoa é portadora”. (Med18)*

*“Nós vemos que **a própria família tem preconceito**, e acaba excluindo a pessoa”. (Enf11)*

#### **A.7 - O acompanhamento das crianças expostas ao vírus após o nascimento e alta hospitalar sob os olhos dos profissionais**

Os profissionais de saúde (médicos obstetras e enfermeiros), quando indagados sobre o acompanhamento da criança exposta, responderam sobre a necessidade do uso da profilaxia com AZT e outras medicações e do acompanhamento até os dois anos de vida para depois encerrar o diagnóstico.

A profilaxia dos recém-nascidos de mulheres soropositivas ao vírus HIV deve ser realizada com AZT solução oral, mesmo que suas mães não tenham recebido anti-retrovirais durante a gestação e/ou parto. O início da profilaxia deve acontecer, preferencialmente, nas duas primeiras horas de vida, podendo ser

iniciada até oito horas após o nascimento e a administração deve ser mantida durante as seis semanas de vida da criança (Brasil, 2004b).

*“A criança tem que fazer uso do anti-retroviral e ela tem que passar por um **acompanhamento até dois anos pra ver se ela é positivo ou negativo**, se ela vai conseguir ou não” (Enf03)*

*“Essa criança, ela é acompanhada pelo pediatra ali do ambulatório e depois, ela também é acompanhada normal como as outras crianças na unidade”. (Enf10)*

*“Essa criança é **acompanhada mais de perto** pela equipe lá da puericultura lá do posto e essa criança **recebe um diferencial de atendimento** que vem na questão do leite, vacinas e a necessidade de fazer aquela sorologia que tem de tempos em tempos”. (Med02)*

*“Aí é o seguinte: tem todo o **protocolo quando nasce a criança, tem que tomar um período o AZT**, depois tem que tomar **um período a sulfatropina**, então aí tem o pediatra, então o pediatra faz o acompanhamento da criança”. (Med06)*

*“A criança **recebe o antiviral**, ela é orientada a não amamentar” (Med12)*

*“Isso. A criança portadora... então **o mais precoce possível**, é instituído aí, o **tratamento com AZT** e essa criança vai tomar via oral durante o período aí, de... eu não lembro direito, mas parece que é **seis semanas** que ela toma”. (Med18)*

Para os pediatras, o acompanhamento de puericultura das crianças expostas ao risco da infecção pelo HIV acontece nas unidades básicas de saúde. Porém, essas crianças são encaminhadas para o ambulatório de especialidade para realização de exames periódicos de sorologia e acompanhamento do uso das medicações prescritas. Dessa forma, os profissionais das unidades básicas de saúde transferem a responsabilidade do atendimento dessas crianças expostas, talvez pelo fato de que esses profissionais estejam experimentando uma situação de trabalho com a qual não desejam lidar, ou por fugir dos seus conhecimentos ou por constituir rotinas pré-estabelecidas pelo serviço. Entretanto, é importante pontuar que, mesmo que os profissionais realizem o encaminhamento, eles continuam co-responsáveis pela assistência que é prestada às crianças.

*“A assistência é de rotina como qualquer outra assistência, ela é **encaminhada ao ambulatório** de acompanhamento de pacientes com HIV”. (MedP15)*

*“Todas as crianças que estão fazendo puericultura que passaram pelo ambulatório e quase todas são negativas são tratadas como uma criança*

*qualquer, nós continuamos acompanhando, simplesmente por que elas fazem **exames periódicos de sorologia**, mas todas são negativas". (MedP16)*

*"Nós também fazemos o **acompanhamento com o medicamento com o AZT sulfa metoxazol trimetropin e o pró-vitamínico**, aquelas que, uns dois meses que fazem o hemograma e dá anemia nós entramos com o sulfato ferroso, então, aqui, basicamente, entramos com o AZT e depois sufa metoxazol trimetropin, pró-vitamínico". (MedP16)*

Recomendações contidas em protocolo conforme Brasil (2004b) propõe um roteiro de exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas ao vírus HIV, lembrando que cada serviço poderá realizar as adaptações conforme suas especificidades.

*"**Exames de rotina**, que pedimos quando ela vem pra cá pra ver como está a **função hepática, renal, de anemia, já vêem a carga viral, CD4 e CD8**". (MedP16)*

*"Até o primeiro ano entra na rotina se a criança tiver a rotina se a criança só tem a sorologia positiva, mas está sem nenhum sintoma clínico da doença, nós vamos repetindo esta sorologia até negativar. Se ela apresenta algum **sintoma sugestivo da doença, nós encaminhamos para outro centro especialista, ela não fica em acompanhamento no PSF**". (MedP17)*

Avanços importantes vêm ocorrendo, a partir da metade da década de 90, em relação aos cuidados das crianças infectadas pelo vírus HIV, levando a reduções relevantes nos coeficientes de morbidade e mortalidade. O uso das terapias anti-retrovirais colaboraram para esse resultado, mas apesar dos benefícios dessas terapias, as indicações devem ser criteriosas, pois o seu uso pode levar ao esgotamento precoce do arsenal medicamentoso dos anti-retrovirais (Brasil, 2004b).

#### **A.8 - Problemas e obstáculos, no atendimento das mulheres grávidas HIV positivas e das crianças expostas, na opinião dos profissionais dos serviços de saúde**

Os profissionais, quando questionados sobre os possíveis problemas e/ou obstáculos na assistência às mulheres grávidas portadoras do vírus HIV,

voltam a relatar a necessidade de treinamentos, melhor preparo e realização de reuniões envolvendo os profissionais, com propostas de discussões de vários assuntos, melhorando, assim, o conhecimento dos profissionais na prestação da assistência.

Ainda, a importância do acolhimento e da humanização do atendimento foi expressa pelos profissionais, como formas de trabalhar as questões do preconceito que essas mulheres vivenciam no momento em que buscam assistência.

Para o Ministério da Saúde, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (Brasil, 2004c). Acolhimento é entendido no sentido de ação de “estar com” ou “estar perto de”, com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida (Brasil, 2008)

Nesse caso, a equipe de saúde, no atendimento da mulher grávida nas Unidades de Saúde ou na comunidade, deve buscar conhecer os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e para a sua família. Assim, a história que cada uma traz deve ser *acolhida* integralmente. Por meio de seus relatos, essas mulheres esperam partilhar experiências e encontrar ajuda (Brasil, 2000a).

Segundo Verri (2007), muitas vezes o próprio Sistema de Saúde, em relação às ofertas e disponibilização dos seus serviços, não oferece respostas favoráveis a esse *acolhimento*, não sendo possível exigir um compromisso dos profissionais quando assistem a mulher e sua família. Isso porque muitas vezes a própria política de saúde que gerou esse discurso não oferece perspectivas e respostas concretas.

*“Mais **treinamento**, né (...) focar mais em relação a isso (...) **juntar mais os profissionais de saúde**, falar “ah, hoje nós vamos fazer um treinamento sobre isso, mês que vem sobre outro”... poder estar investindo mais nessa parte de conhecimento”. (Enf04)*

*“Ir fazendo **campanhas** em relação a isso”. (Enf04)*

*“Então, eu acho que **os profissionais**, de uma maneira geral, tinham que ser **melhor preparados** para atender esse paciente. Porque a gente ainda tem, né, o preconceito”. (Enf08)*

*“Nas unidades... assim... as pessoas olharem assim... de uma forma mais **humanizada pra elas**, eu acho, sabe. Não ter tanto assim... esse **preconceito** que existe pro paciente HIV... eu acho que a maior dificuldade ainda é o preconceito”. (Enf09)*

*“Primeiramente, um **treinamento** para estar recebendo essa gestante, e fazer um trabalho psicológico com a equipe para não haver preconceito” (Enf11)*

*“Na minha opinião, deveria ser centralizado como é, só que deveríamos ter **mais informações**, aqui na unidade de PSF temos as agentes comunitárias que nos informam. Mas é até melhor que o portador de HIV tenha uma **privacidade** para não haver **preconceito**, não sei se é vantagem fazer pré-natal no posto, por que mais que se peça descrição, é difícil” (Med12)*

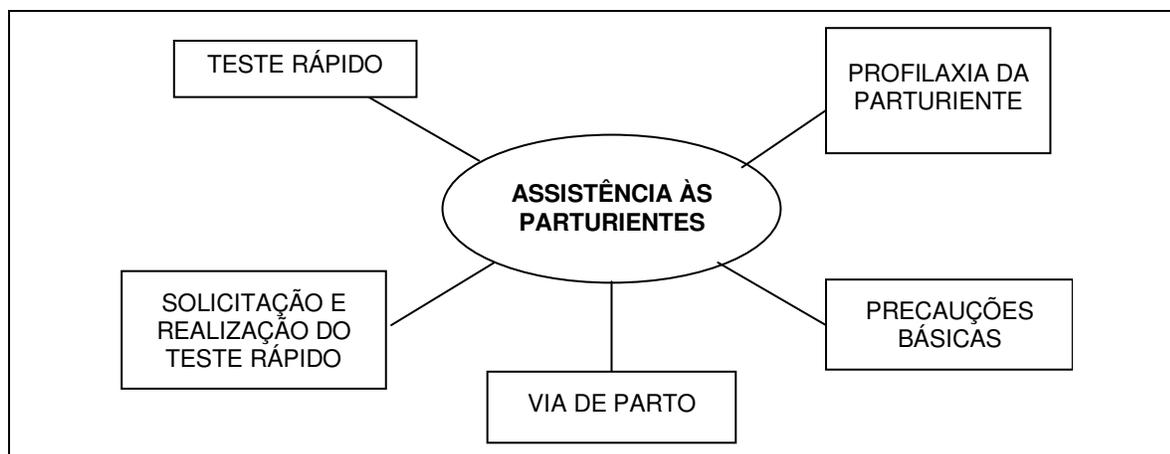
*“Tem que ter um preparo mínimo para que esse paciente seja **acolhido** e tenha uma... um atendimento com bastante... tranqüilo, né, sem tratar esse paciente como se fosse coisa do outro mundo. Eu acho que é aí que existe a dificuldade maior, o **despreparo** de muitos profissionais no caso de atendimento desses pacientes” (Med18)*

## **B - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA QUESTÃO DO HIV/AIDS NO PARTO**

### **B.1 - Assistência à parturiente**

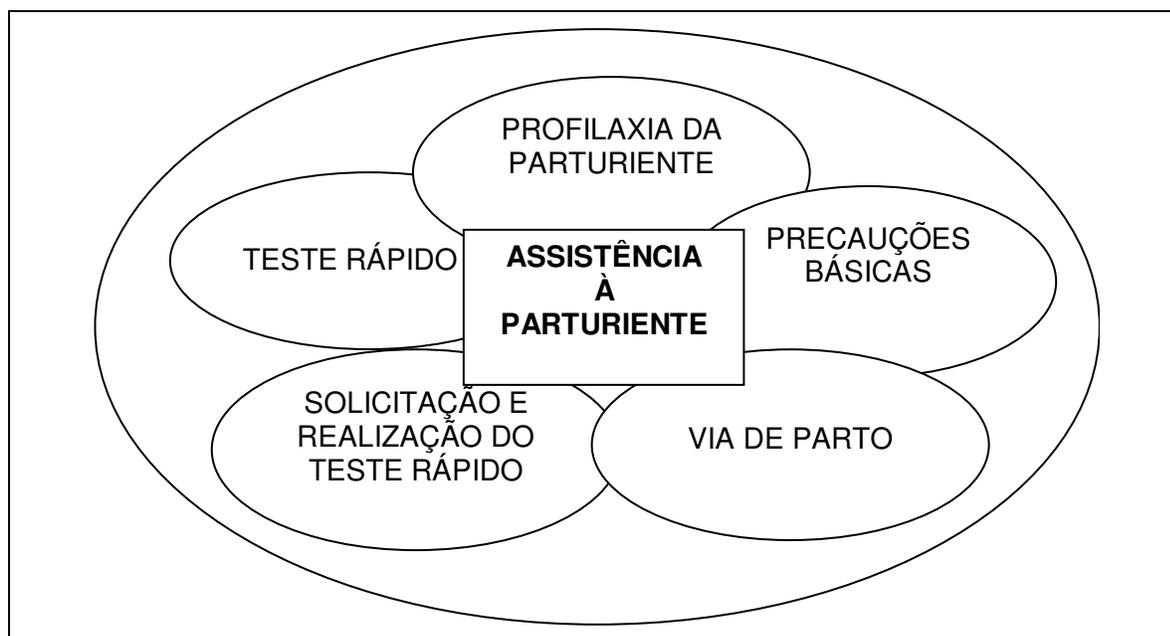
O tratamento dos dados obtidos permitiu capturar vários momentos da assistência prestada à mulher grávida soropositiva ao vírus HIV após sua internação para a resolução de gravidez.

Com o propósito de melhor visualizar os dados obtidos, assim como otimizar as possibilidades de interpretação e de compreensão das vivências dos profissionais em relação à situação da assistência à parturiente, elaborou-se o diagrama abaixo (figura 10).



**Figura 10** - Diagrama dos temas analisados na questão da assistência às parturientes (1), Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2008.

Ao aprofundar a leitura do material analisado, pode-se perceber que os temas, embora se apresentassem isolados no diagrama anterior (figura 10), se inter-relacionavam, levando a re-elaborar a representação da situação como segue na figura abaixo:



**Figura 11** - Diagrama dos temas analisados na questão da assistência às parturientes (2), Departamento Regional de Saúde XIV, São Paulo, Brasil, 2008.

Esta nova apresentação dos dados mostra que os temas se interligam, evidenciando uma correspondência entre si, além de facilitar a compreensão dos resultados encontrados nesse estudo.

### **B.1.1 - Teste rápido**

Faz-se necessário conhecer a situação sorológica em que se encontram as gestantes e parturientes quanto ao diagnóstico do HIV, possibilitando a implementação de medidas profiláticas e terapêuticas disponíveis, como meio de minimizar ou erradicar a Transmissão Materno Infantil (TMI) do HIV (São Paulo, 2007b).

Recomendam-se para os testes rápidos, fazer o aconselhamento pré-teste e pós-teste, seguindo os princípios legais relativos aos demais testes sorológicos, garantindo o sigilo mediante o consentimento verbal da paciente (São Paulo, 2007b).

*“Se nós não temos prova da sorologia, se pode ser soropositivo, vai ser feito um **teste rápido de HIV** que também é **uma norma**, acredito, que da **Secretaria de Estado da Saúde, ou do Ministério da Saúde**, não sei, mas de qualquer forma é cumprida... o paciente chegou, não se tem **nenhuma sorologia**, ou **só se tem a primeira do início do pré-natal**, não a do terceiro trimestre... é feito aquilo que é chamado de **teste rápido**, que **nos orienta, se preciso, adotar alguma medida de prevenção** em cima disso, mas é raro acontecer isso”. (Med02)*

*“**No hospital, é feito o HIV rápido**, agora também está fazendo o de sífilis, independente de ter HIV ou não”. (Med12)*

*“Há uma extrema necessidade de fazer **o teste**, até pouco tempo **era só o SUS que fazia** o teste, **agora está abrangendo**”. (Med13)*

*“Quando a paciente chega sem a carteirinha é feito o **teste rápido de sorologia**, até um tempo atrás, o pré-natal exigia dois exames no final da gravidez, enquanto isso não acontecia, todas as pacientes eram submetidas ao teste rápido”. (Med14)*

*“Do ponto de vista de HIV, todas são submetidas ao **teste rápido antes do parto**, né, assim que ela dá entrada na maternidade. Posteriormente, se ela tiver esse cartão ou pedir pra que a família providencie né... mas mesmo que... mesmo que tenha, se ela não tiver o cartão na mão, em mãos com os resultados de exame... é feito o teste HIV em todas, de rotina”. (Med18)*

### B.1.2 - Solicitação e realização do teste rápido

No serviço pesquisado, observou-se que o teste rápido é realizado nas gestantes pelos profissionais da equipe de enfermagem após ser solicitado pelo médico, mas não se tem normatizado e escrito o procedimento de realização do exame, seguindo como orientação a bula que acompanha a embalagem do teste.

Entretanto, sabe-se que o teste rápido poderá ser realizado por profissionais de saúde devidamente capacitados, segundo o programa de treinamento do Ministério da Saúde. Esses testes para a detecção de anticorpos anti-HIV produzem resultados em, no máximo, 30 minutos (Brasil, 2007).

*“É a **própria enfermagem** que faz”. (Med07)*

*“Ela é atendida pela **enfermeira** porque ela **está capacitada fazer logo o HIV**”. (Med13)*

*“Geralmente é o médico, que é o primeiro que atende”. (Med13)*

*“Aqui como as **enfermeiras que fazem o teste rápido**, minha impressão é que não tem um procedimento formado”. (Med14)*

### B.1.3 - Profilaxia da parturiente

A profilaxia realizada na parturiente e na criança, no momento do parto, propicia a redução da transmissão vertical.

Os profissionais verbalizaram conhecimento sobre o uso de medicações padronizadas, cumprindo com o protocolo previsto para a gestante HIV positivo no momento do parto e contribuindo, assim, para a diminuição da infecção perinatal do HIV.

*“**Prevenção pro parto**. Então tem-se o **uso de um AZT, um AZT injetável...** e logo que o bebê nasce, ele usa o AZT injetável também”. (Med02)*

*“A **profilaxia ela deve ser feita no trabalho de parto efetivo**. A mãe deve ganhar o neném na hora que ela está terminando de fazer a profilaxia”. (Med02)*

*“Para nós, médicos, o que fica mais é o **protocolo da medicação**, ao tempo e aí a avaliação dela, obstétrico em termos de via de parto e depois, nós avisamos e o pediatra toma conduta em relação ao recém nascido, agora, em termos de acomodação, outros cuidados”. (Med14)*

*“Durante o trabalho de parto, é feito uma **infusão endovenosa de... de... AZT, até o clampeamento do cordão** e depois o RN é submetido a*

*tratamento, também com AZT, até a sexta semana, se não me engano”.*  
(Med18)

As mulheres que apresentaram testes positivos para o HIV na gestação devem receber quimioprofilaxia com AZT injetável no momento do parto e, seus filhos o AZT em solução oral para a redução da transmissão vertical do vírus (Brasil, 2007).

#### **B.1.4 - Precauções básicas dos profissionais e medidas de proteção do feto no momento do parto**

Profissionais que atuam na área da saúde estão expostos constantemente a riscos de adquirir doenças transmitidas por agentes patogênicos por exposição sangüínea. Estudos mostram que a maior incidência de acidentes ocorre por meio de materiais perfurocortantes. No mundo, foram registrados 57 casos confirmados de profissionais de saúde infectados pelo vírus HIV, sendo que a exposição percutânea foi à principal via do contato (Do AN et al., 2003).

As medidas de precauções básicas devem ser adotadas pelos profissionais no atendimento a qualquer paciente, independente do diagnóstico. Essas medidas de adotar o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que tratam dos dispositivos de uso individual destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador são definidas pelo Ministério do Trabalho (Brasil, 1978).

Ainda na esfera das Leis Trabalhistas, a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, equipamento de proteção individual adequado ao risco a que são expostos e em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes e danos à saúde dos empregados (Brasil, 2001).

Os profissionais entrevistados têm conhecimento sobre a necessidade do uso de equipamento de proteção durante suas atividades para se protegerem dos possíveis riscos que possam ocorrer. Porém, relatam ainda a existência de profissionais que avaliam a necessidade do uso, conforme o diagnóstico, deixando

de agir como medida de prevenção de possíveis doenças, evidenciando que o conhecimento nem sempre se transforma em ação segura de prevenção.

*“Eu acho que toda equipe, ela é preparada e existe aquela história de... é... “então eu vou pôr luva”... às vezes, a gente escuta isso de um auxiliar de enfermagem e tal. Tem que lembrar que luva é equipamento de **proteção individual**, vai pôr luva nelas? Por quê? Tem que pôr em todo mundo então, tem que considerar todo mundo como sendo potencial portador”. (Med02)*

*“Tem que ter aqui **protetor ocular**, né, um **óculos**, **luvas**, eu uso duas. Protocolo meu aqui, não sei se... teve um ou dois casos só comigo, que eu atendi, mas é... com proteção”. (Med07)*

*“Eu acho que cada vez mais está se **aderindo** a isso. Hoje dificilmente a gente encontra... um ou outro profissional que não se **precaver** no caso de **usar avental impermeável**, no caso de **usar tudo o que a gente tem direito de usar** pra... usar óculos, né, no caso de fazer cirurgia de cesárea, tudo mundo tem aderido a isso”. (Med18)*

Entretanto, percebe-se pelas falas acima que o serviço não possui protocolo normatizado e escrito para os profissionais que atuam no setor de assistência à gestante, levando-os a tomarem medidas individualizadas.

Outra medida, verbalizada pelos profissionais, está relacionada aos cuidados específicos para a proteção do feto em relação à exposição ao vírus HIV no momento do parto. Tais medidas estão relacionadas com a retirada rápida do feto, para que haja o mínimo de contato com as secreções maternas, como (líquido amniótico e sangue) e realizando o banho tão logo o bebê nasça.

Nas crianças com infecção adquirida intraparto, existe associação positiva entre o tempo de ruptura de membranas e a transmissão do vírus HIV-1 (Mussi-Pinhata et al., 2003). Ainda, encontrou-se probabilidade aumentada de transmissão quando o trabalho de parto e a ruptura das membranas amnióticas permanecerem por tempo prolongado (Newell,1998).

*“E evitar o mínimo possível manipular, **o mínimo de sangramento**. E o mais rápido possível resolver o problema. Tirar o neném. Não ficar demorando muito”. (Med07)*

*“Não, estoura, né. Faz uma incisão pequenininha e com aspirador, aspira tudo, o máximo que der. Na verdade, tem que evitar o **mínimo possível o contato com o corpo materno**, né”. (Med07)*

*“É, aquilo que eu falei... a **ruptura da membrana o mais tardio***

**possível.** *Se possível, deixar o feto nascer... a membrana romper naturalmente durante o parto, durante a extração do feto, na hora da cesárea, ou durante o parto, né, e... lavar, ou dar um banho no recém nascido ainda na sala de recepção, pra que toda aquela secreção materna seja limpa da pele dele, do feto, o mais precoce possível".* (Med18)

### **B.1.5 - Via de parto**

Os profissionais entrevistados relataram que o tipo de parto cesariano é a via de parto mais indicada para ser realizado na mulher portadora do vírus HIV para a redução da transmissão vertical, o que está de conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde.

Estudos realizados desde 1998 demonstram o benefício adicional da realização do parto cesáreo em mulheres que faziam uso de AZT, na redução da transmissão vertical do vírus HIV (European Collaborative Study, 1994).

*"Ela chega simplesmente pra ter o bebê, sabendo que é HIV positiva, a indicação do Ministério da Saúde é de que faça cesárea".* (Med02)

*"Mesmo que ela tenha uma via de parto a gente tem feito mais partos cesáreos".* (Med12)

*"Sim, principalmente na manipulação, por isso, pelo protocolo, já é indicada a cesariana, para a criança seria menos traumático, no sentido de demora".* (Med13)

*"Sim, pois o pessoal já encaminha com 39 semanas, mais ou menos, para a interrupção, então, acaba sendo cesárea".* (Med14)

Conforme publicação do Ministério da Saúde, a cesárea eletiva é aquela realizada antes do início do trabalho de parto, em que as membranas amnióticas ainda se encontram íntegras. Recomenda que, mesmo para essa via de parto, devem-se seguir alguns critérios para sua escolha, como, idade gestacional e carga viral (Brasil, 2007). Observa-se, nos relatos dos profissionais, que nenhum critério para parto vaginal é mencionado ou sequer analisado, ficando, portanto, evidente a realização do parto cesáreo como critério único de escolha.

## B.2 - Amamentação: orientações, apoio e o protocolo da assistência do profissional às puérperas HIV positivas

No pós-parto imediato, ainda durante as internações hospitalares de mulheres HIV positivas, com o objetivo de suprimir a lactação, os profissionais prescrevem medicações para inibir a lactogênese e lactopoese, e fazem orientações adicionais de enfaixar as mamas.

Acredita-se que, mesmo sendo necessária a inibição da lactação para essas mulheres, reconhece-se que é um processo difícil para elas. Entretanto, não foi verbalizado por nenhum profissional as maneiras de como lidam com essa situação apenas relataram o cumprimento de medidas para interromper a apojadura e evitar que ocorra a amamentação.

As mulheres participantes do estudo de Moreno et al (2006) relatam que a interrupção da lactação por meio do enfaixamento é uma ação de violência, trazendo sensações de poda, de cerceamento, de ir contra a natureza, e as autoras concluem que parece faltar atenção dos profissionais para esse momento de muita sensibilidade.

*“No hospital, ela recebe o **medicamento** para interromper a lactação”. (Med07)*

*“Em termos técnicos, o que usamos para inibir a amamentação é complicado por que o **benzogenestril** que nós usávamos, é difícil achar, essa medicação que nos hospitais não tem mais, e o **dostinex** que é outra opção, é uma medicação mais cara e o **parlodol** causa feitos colaterais, mas quando é muito inicial comumente temos que usar medicação pra inibir lactação e mais as condutas que **comprime as mama**, de fazer gelo, isso acaba ajudando bastante”. (Med14)*

*“Ela é orientada a **não amamentar**, pois há risco de transmitir para o bebê”. (MedP15)*

*“É isso já está provado que ela, amamentando, pode contaminar o filho, então é uma das coisas mais “sagradas” da orientação para a gestante, depois que o neném nasce **não pode amamentar**”. (MedP16)*

*“Existem aqueles que preconizam o **enfaixamento**, né, da mama, não se deve tocar na mama, mas nós temos esses... esses medicamentos tipo da... da... do **dostinex** e são muito potentes, né, dispensando qualquer outro tipo de procedimento. Eles são bastante eficientes. Se você fizer o tratamento logo no primeiro dia, ela não tem a apojadura”. (Med18)*

*“Alguma coisa eu acho que seria diferente. Tipo, falar sobre amamentação, né... Teria que ser .... eu não sei... **Não sei direito o que***

***falar.** Se teria que cortar a amamentação ou se tem algum outro método que seria possível a mãe estar amamentando”. (Enf01)*

### **B.3 - Momento de exposição da criança na transmissão vertical do vírus HIV**

A exposição da criança ao vírus HIV acontece em todas as fases do ciclo gravídico. Os profissionais relatam esses momentos, especificando o de maior risco à exposição, o período intraparto.

*“Intraparto, acho que quando ela está entrando em **trabalho de parto**, eu acho, que é onde passa o vírus da mãe para feto. É uma fase que eu acho... é a maior fase de contaminação, é essa daí. É o maior risco”. (Med07)*

*“Durante a gestação, eu não sei te falar, o momento mais freqüente de transmissão na retirada da criança. No parto via alto ou via baixo”. (Med12)*

*“Mais ou menos no 4º ou 5º mês, mas **depende da carga viral** também”. (Med13)*

*“O momento de maior exposição, de maior risco de contaminação, no caso de transmissão vertical: **é o parto, é o momento do parto**. Durante o trabalho de parto e durante o nascimento. É quando o concepto fica maior tempo exposto ao sangue materno e às secreções vaginais, né, no caso do parto normal”. (Med18)*

*“Hummm (pausa). O bebê acho que na **hora do parto**”. (Enf01)*

Na transmissão vertical do vírus HIV para a criança, vários fatores estão envolvidos como imunológicos, aleitamento materno, uso de anti-retroviral, comportamento e nutrição da gestante, obstétricos, fetais, placentários e virológicos. Com relação a fatores obstétricos, os mais estudados são tipo de parto, tempo de ruptura das membranas e a idade gestacional (Gianvecchio e Tâmara, 2005).

## C - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA DE MÃE SOROPOSITIVA AO VÍRUS HIV

### C.1 - Encerramento do caso da criança exposta

O atendimento das crianças nascidas de mães soropositivas ao vírus HIV deve acontecer em Unidades Especializadas, pelo menos até a definição do caso. As crianças que se apresentarem soropositivas ao vírus devem permanecer em atendimento nessas unidades e as não infectadas pelo vírus poderão seguir o seu acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2004b).

*“Normal. As **notícias ruins têm que ser dadas como as notícias boas** também, a mesma forma que nós informamos a morte você quer notícia pior do que essa? Quando uma criança tem uma leucemia, um tumor cerebral, a notícia que uma criança tem AIDS, é tão duro quanto”. (MedP15)*

*“Com minha experiência de muitos anos de pediatra eu **não vejo nenhuma dificuldade**, eu já tive que dar informações para mães com casos extremamente graves de leucemia, criança estar morrendo não tem condição nenhuma, eu espero não dar uma informação dessas para as mães aqui”. (MedP16)*

*“Tem mas, temos que aprender a dar qualquer diagnóstico para a mãe. O diagnóstico de uma leucemia é uma coisa ruim de você falar, mas a partir do **momento que tem o diagnóstico, você tem que falar**, até porque o que vai deixar ela mais tranqüila é que tem o diagnóstico da doença, mas tem tratamento de controle para evitar complicações, então você dá uma notícia ruim, mas joga outras que acabam deixando a mãe mais tranqüila”. (MedP17)*

### C.2 - Promoção da saúde da criança

#### C.2.1 - Imunização

O fato de ser longo o tempo para a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças expostas por via vertical não justifica o atraso para o início da vacinação das crianças assintomáticas, acarretando risco de deixá-las sem proteção. Então, recomenda-se que, durante o acompanhamento das crianças, elas sejam imunizadas conforme calendário oficial de vacinação.

Conforme orientações para Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), as crianças HIV positivas sem alterações imunológicas e sem sinais ou sintomas indicativos de imunodeficiência podem receber todas as vacinas do calendário nacional. Entretanto, recomenda-se para a imunização da paralisia infantil nas crianças de mães HIV positivas, antes da definição do diagnóstico, o uso da vacina intramuscular contra poliomielite (VIP) (Brasil, 2006b). A VIP deve ser preferencialmente administrada também em recém-nascidos que permanecem internados em Unidades Neonatais e que completam 60 dias de vida (Brasil, 2007).

*“Se ela não é doente, ela vai fazer a **vacina normal**, se ela tiver só a sorologia positiva, eu acho que entraria na rotina normal”. (MedP17)*

Evidencia-se, assim, que nos casos em que as crianças não apresentarem nenhuma sintomatologia da doença e o acompanhamento transcórrer de forma a não evidenciar a possível transmissão do vírus HIV da mãe para a criança, deve-se manter o atendimento normal nas questões de imunização. O pediatra não apresenta dúvidas na indicação da vacinação da criança, porém parece ocorrer dúvida no procedimento adotado no atendimento da criança, quando apresentar sorologia positiva para o HIV.

## 6. Conclusões

---

---

Este estudo mostrou que as gestantes portadoras de vírus da AIDS na Regional de Saúde estudada eram todas residentes em áreas urbanas e predominantemente de baixa escolaridade. Considera-se positiva a situação de residirem na área urbana devido à proximidade com os serviços de saúde. Entretanto, a baixa escolaridade pode comprometer o acesso no sentido amplo aos serviços e ações de saúde necessárias ao seu cuidado.

Observou-se uma taxa de transmissão vertical em torno de 4,5% na Regional de Saúde estudada, que pode estar subestimada em razão das falhas detectadas na vigilância epidemiológica dos municípios incluídos no estudo.

As falhas observadas nos registros epidemiológicos referem-se, em geral, à ausência de dados que são relevantes para a compreensão dos antecedentes das gestantes e, portanto para a definição da melhor estratégia de sua abordagem, ou ainda relativas à assistência ao parto, tais como o tempo de ruptura de membranas, tipo de parto e uso de anti-retroviral, todas essas informações ligadas à compreensão dos riscos de transmissão vertical.

A análise dos dados epidemiológicos mostrou falhas na assistência às gestantes e parturientes e a seus recém nascidos, tais como: atraso no fornecimento de resultados de exames que comprometeram a profilaxia oportuna no pré-natal, a não administração de medicação anti-retroviral no momento do parto a 17 gestantes e no pós parto o medicamento profilático foi iniciado, para três recém-nascidos, após 24 horas de vida. Além disso, após alta hospitalar, quatro crianças não fizeram uso dessa medicação e outras 28 o fizeram por tempo insuficiente.

Na abordagem qualitativa do estudo realizado no município sede da Regional de Saúde, os profissionais se mostraram conscientes dos problemas enfrentados pelas gestantes com sorologia positiva para o HIV e adequadamente informados a respeito da rotina preconizada para o seu cuidado nas diversas etapas, bem como para a assistência e seguimento dos seus recém nascidos. Essa situação pode explicar o fato da taxa de transmissão vertical ser igual zero no município sede da Regional de Saúde estudada. Entretanto, problemas de

preenchimento dos dados epidemiológicos na ficha de investigação, como, por exemplo, manter como ignoradas algumas informações do caso, foram encontrados do mesmo modo nos demais municípios dessa Regional.

Os profissionais entrevistados referiram dificuldades pessoais para a abordagem das gestantes com sorologia positiva e apontaram necessidade de capacitação para melhor lidar com as situações de ansiedade e insegurança geradas pelo contexto de saúde, familiar e psicossocial dessas mulheres. Referiram também, necessidades que vão da abordagem na atenção básica, em geral o momento do diagnóstico e sua comunicação à gestante, até a assistência hospitalar.

Em nenhum momento das entrevistas os profissionais de saúde referiram obstáculos ou constrangimentos relativos aos serviços de saúde que poderiam limitar suas ações ou colocar em risco o cuidado às gestantes e aos seus recém-nascidos. Apesar das falas desses profissionais, no município em que foi realizado este estudo foram identificadas falhas graves na rotina de cuidado das gestantes, parturientes e recém-nascidos, quando analisados, na primeira fase do estudo, os dados sobre as gestantes HIV positivas e seus filhos expostos na Regional de Saúde. Isso demonstra, possivelmente, as condições assistenciais que explicam a taxa observada nos municípios de transmissão vertical do vírus HIV, a qual é, provavelmente, subestimada.

## 7. Considerações Finais

---

---

Este estudo permitiu ampliar o conhecimento sobre as situações que limitam a prevenção da transmissão vertical do vírus HIV nos serviços e entre profissionais de saúde, que podem comprometer a assistência e o acompanhamento das mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV e de seus filhos oriundos destas gestações. Possibilitou, também, identificar algumas razões para as deficiências observadas nos serviços de saúde localizados em uma Regional de Saúde do interior do estado de São Paulo, evidenciando que o papel das organizações de saúde, no que se referem à política institucional e condições tecnológicas, bem como o papel dos atores envolvidos no controle da transmissão vertical do HIV, não pode ser ignorado.

Os conhecimentos produzidos nesta investigação podem subsidiar modificações e aprimoramentos nas políticas e ações ligadas à prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDS. Entre outros, seus resultados dão suporte a algumas recomendações aqui colocadas.

As informações obtidas a respeito dos antecedentes sociais das gestantes, tais como o uso de drogas injetáveis e as experiências sexuais, tanto delas quanto de seus parceiros mostram a necessidade de aprimoramento das ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos, visando a redução das doenças sexualmente transmitidas e do impacto dessas doenças, especialmente na vida das mulheres e de seus filhos. Embora os programas de saúde relacionados às DST/AIDS no Brasil, estejam bem definidos e bem avaliados, é necessário que os gestores de saúde, conhecedores dos problemas que envolvem as mulheres, sustentem esses programas com disciplina, compromisso e responsabilidade, mantendo assim, a sua efetividade.

Há necessidade de análises mais aprofundadas dos procedimentos de vigilância epidemiológica para a identificação e correção das falhas nos registros das informações e no acompanhamento de gestantes portadoras do HIV e de seus recém-nascidos.

São necessários, também, investimentos em programas de capacitação e treinamentos especialmente na forma de educação continuada, focados no tema

abordado neste estudo. Além disso, é preciso que haja um planejamento de estratégias e conteúdos que garantam acesso dos profissionais, tanto da atenção básica, como hospitalar, a essas atualizações.

Os conteúdos devem contemplar, também, os aspectos éticos envolvidos, especialmente aqueles relativos aos aconselhamentos pré e pós-teste. É necessário que seja enfatizada a importância da assistência pré-natal para a redução da transmissão vertical do HIV, sobretudo com adequado aconselhamento às mulheres para a realização do teste neste período. Deve-se ainda, ser incluídos nas capacitações conteúdos sobre a assistência adequada à criança a partir da alta hospitalar até o momento de encerramento do seu acompanhamento, como determina o protocolo para crianças expostas ao risco de transmissão vertical.

Deve-se, igualmente, ressaltar a importância da compreensão, por parte dos gestores municipais de saúde, das propostas formuladas pelos programas nacionais de DST/AIDS, nas áreas de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como da necessidade de avaliar as limitações estruturais, administrativas e organizacionais para que essas propostas sejam executadas de forma adequada, efetiva e ética no âmbito de sua gestão.

Vale ressaltar que as informações sobre as medidas de promoção e prevenção são de responsabilidade dos serviços de saúde, cabendo-lhes desenvolver as estratégias que contribuam para a redução da transmissão vertical do HIV com ênfase tanto nos aspectos específicos da prevenção do HIV, incluindo ações voltadas às famílias e à redução da repercussão dessa infecção sobre a gravidez e da vulnerabilidade das mulheres. Nesse sentido, ações que possam empoderar as mulheres são bem vindas, principalmente para que elas possam se co-responsabilizar pelo seu bem estar e sua saúde.

Os serviços de vigilância epidemiológica devem assumir, em cumprimento às recomendações do Ministério da Saúde, além de suas atribuições tradicionais, a identificação dos problemas que aumentam os riscos de infecção pelo HIV e, conseqüentemente, de sua transmissão vertical. Isso pode ser feito

por meio de atuação qualificada junto aos gestores, visando a elaboração de planos regionais de saúde (pactos da saúde), organização das redes regionalizadas, sobretudo para a qualificação dos profissionais, o que possibilitará maior resolutividade e melhor qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. As oportunidades perdidas para realizar a intervenção preventiva quer sejam no pré-natal, parto ou em relação ao recém-nascido, mostram a debilidade organizacional no controle da transmissão vertical do HIV, seja pelos profissionais ou pelos gestores. Observa-se, assim, o distanciamento entre normas e medidas recomendadas e a realidade encontrada.

Analisando os resultados do município sede da Regional de Saúde XIV, observa-se que a assistência às gestantes, parturientes e crianças expostas ao HIV estavam em acordo com as orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, os depoimentos dos entrevistados sinalizam pontos importantes para reflexão relacionados à questão dos programas de capacitação que devem preparar os profissionais, não apenas tecnicamente, mas que devem também, contemplar, sobre tudo, os aspectos psicoemocionais que envolvem a infecção HIV/AIDS. Desta forma, esses profissionais poderão ter condições de lidar melhor com as situações e contextos, em todos os momentos do ciclo gravídico-puerperal dessas mulheres.

Ao finalizar esse estudo, deve ser enfatizado que muitas ações e investigações ainda são necessárias para reduzir o peso psicossocial da transmissão vertical da AIDS. Deve-se reforçar a importância da qualificação dos profissionais que acompanham direta ou indiretamente as mulheres grávidas soropositivas e seus filhos. Os problemas técnicos e administrativos observados devem ser evitados, tanto na rede básica de saúde, na hospitalar, quanto nos setores de vigilâncias epidemiológicas, para que desta maneira seja possível obter alterações no comportamento da epidemia da AIDS no nosso país, assegurando a assistência de forma integral para o binômio mãe/filho. Ainda, é importante salientar que o processo de trabalho em relação à epidemia do HIV/AIDS é complexo e, portanto, necessita que os serviços de saúde executem ações diferenciadas e de forma articulada.

## 8. Referências Bibliográficas

---

---

Aguiar JM, Simões-Barbosa RH. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV +: uma abordagem de gênero. Cad Saúde Pública 2006; 22(10):2115-23.

Allen CF et al. Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2006; 43(1):96–101.

Amaral EM. As DST e o HIV na rotina da atenção integral à saúde da mulher. Revista de APS 1999; 01:29-34.

Amaral EM. Infecção pelo HIV em Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação DST/Aids. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: Editora Ponto; 2004. p.96-7.

Araújo MAL, Bucher JSNF, Bello PY. Eficácia do aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis em unidades de referência da cidade de Fortaleza, CE, Brasil. J Bras Doenças Sexuais Transmissíveis 2004; 16(1): 31-37.

Barbosa RM, Lago TDG. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker R (org.) Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. p 163-75.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde da Mulher. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids: considerações gerais do binômio: HIV/Aids e gravidez. Brasília (DF); 1995

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Brasília. 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ªed. Brasília (DF); 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS. Janeiro-Junho de 2005

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Ano III, nº1, janeiro a junho, 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, 1999, p.03.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. 1998a, p. 15-6

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças. Brasília (DF); 1998b.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Aconselhamento em DST/AIDS para Atenção Básica. Brasília (DF); 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): 1998c.

Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Diário Oficial da União [DOU] 1996 (22) 14 nov.

Brasil. Ministério da Saúde. GM. Portaria nº 570 Institui o Componente I no Programa de Pré-natal e Nascimento. Brasília, (DF): Diário Oficial da União [DOU] 2000b junho.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de tratamento: recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestante. Brasília (DF); 2004a, p.15-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 2006b, p. 62-85.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico. Assistência Pré-natal. 3.ed. Brasília (DF); 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I, portaria 687. 2006d, p.13

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 0993 Institui a obrigatoriedade do médico no pedido do teste anti HIV. Brasília, (DF):Diário Oficial da União [DOU] 2000c set.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. 2004b, p.06.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. 2006a, p.08.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília (DF); 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório do Grupo Assessor, 1997, p.15.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 3214 - NR-6 de 8 de junho de 1978.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Alteração a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual NR6 e dá providencias. Brasília, (DF): Diário Oficial da União [DOU] 2001 17 out.

Burns DN, Landesman S, Wrigthi DJ, Waters D, Mitchell RM, Rubinstein A, et al. Influence of other maternal variables on the relationship between maternal virus load and mother-to-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1. J Infect Dis 1997; 175:1206-10.

Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Públ, 15(1): 187-93, 1999.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Editora Cortez; 2000

Cohen J. Up in smoke: epidemic changes course. Science, 2006; 313:487–88.

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O`Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric Aids Clinical Trial Group Protocol 076. N Engl J Med 1994; 331(18): 1173-80.

Conselho Federal de Enfermagem. Documentos Básicos de Enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Resolução COFEN-195/1997, Art 1º, p193.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). AIDS e ética médica. 2001; p.63

Dias EA. Entre o Desejo e o Risco[Dissertação].São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1999.

Do AN, Ciesielski CA, Metler RP, Hammett TA, Li J, Fleming PL. Occupational acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the Unites States.Infec Control Hosp Epidemiol. 2003; 24(2):86-96.

Dourado I et al. HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. Cadernos de Saúde Pública 2007; 23(1):25–32.

European Collaborative Study. Caesarean section and the risk of vertical transmission of HIV-1 infection. Lancet, 1994; 343:1464-67.

European Collaborative Study. Maternal viral load and vertical transmission of HIV-1: an important factor but not the only one. Aids 1999; 13:1377-85.

Fernandes RCSC, Araujo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol. 21, no. 4. Consultada em 07 de março de 2009 em [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

Filgueiras SL. Eu não sou só o HIV que eu tenho: Humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com Aids. In: Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p.389-412.

Galdani MZ, Giuliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5):552-8.

Galvão L. Saúde Sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Galvão L, Díaz J (orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

Gianvecchio RP, Tâmara BL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21: 581-88.

Gibb D, Macdonagh SE, Tookey PA, Trinh D, Nicoll A, Goldberg DJ, et al. Uptake of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV in the United Kingdom and Ireland. *AIDS* 1997; 11(7): 53-8.

Graham NM, Zeger SL, Vermund SH, Detels S, Rinaldo CR, et al. The effects on survival of early treatment of human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1992; 362(16): 1037-42.

Grupo de Incentivo a Vida (GIV) [homepage na internet]. São Paulo; consultada em 20 de setembro de 2008 em [HTTP://www.giv.org.br/publicações/giv\\_cadernos](http://www.giv.org.br/publicações/giv_cadernos).

Guilmoto CZ. A spatial and statistical examination of child sex ratio in China and India. In: Attané I and Véron J , ed. *Gender Discrimination in Asia*. IFP-Ceped: Pondicherry; 2005. p.133–67.

Kaplan DW, Feinstein RA, Fisher MM, Klein JD, Olmedo LF, Rome ES, et al. Condom use by adolescents. *Pediatrics* 2001; 107:1463-9.

Lamprey P, Prince JE. Social marketing sexually transmitted disease and HIV prevention: a consumer-centered approach to achieving behavior change.. *AIDS* 1998; 12(Sup. 2):S1-S9.

Lancet. India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 2006; 367:1876.

Mandelbrot L. Sida y embarazo. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. E-5-039-D-40, 2001.

Mane P, Aggleton P. Gênero e poder: Comunicação, Negociação e Preservativo. In: Barbosa RM, Parker R (orgs). *Sexualidade pelo Averso: direitos, identidades e poder*. Ed 34: São Paulo; 1999. p.216-26.

Martínez GP, Elea NA, Chiu AM. Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología* 2006; 23(4):321–29.

Matida LH, Marcopito LF. O aumento do tempo de sobrevivência das crianças com Aids - Brasil. *Boletim Epidemiológico*. 2002; 15(1). p. 49-55.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO. *Inventando a mudança da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-60.

Minayo MCS (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1996. p.80.

Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec; 2006. p. 21-318.

Monticelli M, Santos EKAS, Erdmann AL. Ser-mãe HIV positivo: significados para as mulheres HIV positivo para a enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(03):291-8.

Moreno CCGS, Rea MF, Filipe EV. Mães HIV positivo e a não-amamentação. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2006; 6 (2): 199-208.

Mussi-Pinhata MM, Kato CM, Duarte G, Paschoini MC, Bettiol H, Quintana SM. Factors associated with vertical HIV transmission during two different time periods: the impact of zidovudine use on clinical practice at a Brazilian reference centre. Int. J STD AIDS 2003; 14:818-25

Newell ML. Mechanism and timing of mother to child transmission of HIV-1. AIDS 1998; 12:831-7

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

ONUSIDA (2008a). Ásia Situación de La Epidemia de Sida, Resumen Regional. Consultada em 20 de novembro de 2008 em <http://www.unaids.org>.

ONUSIDA (2008b). Situación de La Epidemia de Sida. Consultada em 20 de novembro de 2008 em <http://www.unaids.org>.

Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV. [tese]. Escola de Enfermagem/USP: São Paulo; 2000.

Pantaleo G, Graziosi C, Demarest JF, Cohen OJ, Vaccarezza M, Gatt K, et al. Role of lymphoid organs in the pathogenesis of human immunodeficiency virus (HIV) infection. Immunol Rev 1994; 140: 105-30,).

Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA: São Paulo: Editora 34; 2000.

Petchesky RP. Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: Barbosa RM, Parker R (orgs). Sexualidade pelo Avesso: direitos, identidades e poder. Ed 34: São Paulo; 1999. p. 18-36.

Rodrigues Jr. A, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Rev Soc Bras Med Trop 2004; 37:312-7.

Ruggiero SEM, Tavares MSG. Gestantes portadoras do vírus HIV: vida e significado [Tese Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2000.

São João da Boa Vista (SP) Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico Regional. DIR XX, 2004; Ano IV: 05-7.

São João da Boa Vista (SP). Grupo de Vigilância Sanitária XXVI , 2007.

São João da Boa Vista (SP).Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico Regional. DIR XX, 1999; Ano I: 3.

São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Prevenção das DST/Aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde. São Paulo. 2007b.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Criação das unidades na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Decreto nº 51.433. Diário Oficial de 28 de dezembro, 2006b.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/Aids. Boletim Epidemiológico. Vigilância de HIV em Gestantes e Crianças Expostas. 2000; 15(2).

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/Aids. Boletim Epidemiológico. Vigilância de HIV em Gestantes e Crianças Expostas. 2002; 21(1).

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual DST/AIDS. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico. São Paulo (SP) 2006a; Ano XXV: 24-6.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual DST/AIDS. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico. São Paulo (SP) 2007a; Ano XXVI: 36-39.

Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic. Saúde Educ* 2003; 7(12):91-112.

Souza HM. O Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: Seminário de experiências internacionais em saúde da família. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília; 1999. p.24-32.

Souza MCP, Espírito Santo ACG, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saude soc.* [online]. 2008, vol. 17, no. 2, pp. 58-68. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902008000200007. Consultada em 15 de março de 2009 em [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

Spallicci MDB, Costa MTZ, Melleiro MM (orgs). *Gravidez & Nascimento*. São Paulo: EDUSP; 2002.

Succi RCM. 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 Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças. Rio de Janeiro: Informed Eventos; 2002. p. 6-7.

Tedesco JJA. A Grávida suas indagações e as dúvidas do Obstetra. In: Pedreira DAL. (colaboradora) *Propedêutica sorológica*. São Paulo: Atheneu; 1999.

Tess BH et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brasil. *Aids*. 1998; 12(5):513-20.

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Verri BHM. A visita domiciliar no programa de saúde da família: entre a norma e o cuidado. [Tese Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Victoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. A Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: TOMO Editorial; 2000. p.73-6.

Vieira EM, Fernandes MEL, Díaz J, Kalckmann S, Pluciennick AMA. Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil: Anticoncepção em tempos de Aids. São Paulo: Editora Hucitec; 1999, p.328.

WHO (World Health Organization). Joint United Nations programme on HIV/Aids (UNAIDS). Surveillance of HIV/AIDS, Dez, 1997.

WHO (World Health Organization). Joint United Nations programme on HIV/Aids (UNAIDS). HIV in pregnancy: a review. Genebra; [s.n.]; 1999. p.1-66.

Wilfert CM. Prevention of perinatal transmission of human immunodeficiency vírus: a progress report 2 years after completion of Aids Clinical Group. Clinical Infectious Diseases 1996; 23(3): 432-41.

## **PÁGINAS CONSULTADAS NA INTERNET**

[HTTP://www.knowprose.com/node/12600](http://www.knowprose.com/node/12600) - Acessado em 20 de dezembro de 2008.

[HTTP://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def) - Acessado em 05 de outubro de 2008.

## Apêndices

---

---

## **APÊNDICE (1a)**

Instrumento de consentimento para realização da pesquisa no Departamento Regional de Saúde XIV - anteriormente denominada de Direção Regional de Saúde XX.

São João da Boa Vista, 25 de março de 2008

Prezado Dr Benedito Carlos R. Westin

Venho através desta, solicitar de Vossa Senhoria Diretor do Departamento Regional de Saúde XIV de São João da Boa Vista/SP, autorização para realizar uma pesquisa com os 20 municípios pertencentes a essa regional. Os dados para a pesquisa serão coletados no Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI de São João da Boa Vista, Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Gestantes HIV positivas e crianças expostas.

O uso desses dados tem finalidades estritamente acadêmicas e constitui subsídio para investigação qualitativa de Tese de doutorado intitulada "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AS MULHERES GRÁVIDAS SOROPOSITIVAS AO VÍRUS HIV NOS SERVIÇOS DE SAÚDE". O objetivo desse projeto é o de investigar, entre os profissionais de saúde, a ocorrência de possíveis obstáculos/dificuldades e seus motivos, na assistência prestada à mulher grávida soropositiva ao vírus HIV, nos serviços de saúde.

Esta pesquisa será orientada pela Profª Drª Ana Maria Segall Correa, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Campinas/SP e seguirá todos os princípios éticos recomendados.

Sem mais, antecipadamente agradeço e me coloco a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

---

**Jussara Cunha Fleury - Enfermeira**  
COREN 30477 SP

---

**Profª Drª Ana Maria Segall Correa**  
Responsável pela pesquisa

## **APÊNDICE (1B)**

Instrumento de consentimento para realização da pesquisa no Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI.

São João da Boa Vista, 25 de março de 2008

Prezada Sra Ana Lúcia Navarro

Venho através desta, solicitar de Vossa Senhoria Diretora do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI - São João da Boa Vista/SP, a autorização para análise de informações contidas no Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Gestantes HIV positivas e crianças expostas. Os dados são aqueles coletados pelo SINAN e referentes aos 20 municípios que pertencem a essa regional. O uso desses dados tem finalidades estritamente acadêmicas e constitui subsídio para investigação qualitativa de Tese de doutorado intitulada "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AS MULHERES GRÁVIDAS SOROPOSITIVAS AO VÍRUS HIV NOS SERVIÇOS DE SAÚDE". O objetivo desse projeto é o de investigar, entre os profissionais de saúde, a ocorrência de possíveis obstáculos/dificuldades e seus motivos, na assistência prestada à mulher grávida soropositiva ao vírus HIV, nos serviços de saúde.

Esta pesquisa será orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Segall Correa, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Campinas/SP e seguirá todos os princípios éticos recomendados.

Sem mais, antecipadamente agradeço e me coloco a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

---

Jussara Cunha Fleury - Enfermeira  
COREN 30477 SP

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Segall Correa  
Responsável pela pesquisa

## APÊNDICE (2)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Esclarecimento:

Sou Jussara Cunha Fleury Feracin, RG 7.598.707, enfermeira, pós-graduanda do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e estou realizando uma pesquisa com profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) que prestam assistência às mulheres grávidas portadoras do vírus HIV com o objetivo de investigar a ocorrência de possíveis obstáculos/dificuldades e seus motivos, na assistência prestada a mulher grávida soropositiva ao vírus HIV, nos serviços de saúde.

Estou convidando-o (a) para participar desse estudo. Para tanto, necessito realizar uma entrevista com o (a) senhor (a), que será gravada para facilitar o registro das informações. A entrevista será realizada por mim e assumo o compromisso de manter sigilo quanto a sua identidade, pois todas as informações aqui coletadas, somente serão utilizadas para fim de pesquisa. Nenhuma informação que o (a) identifique será utilizada. As fitas gravadas serão guardadas em local seguro, sob a minha responsabilidade. Também garanto que o desenvolvimento da pesquisa não envolve riscos e desconfortos a sua saúde. Todas as dúvidas em relação à pesquisa serão devidamente esclarecidas. O (a) senhor (a) pode se negar a participar desse estudo.

Em caso de consentimento, o (a) senhor (a) terá a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa ou retirar o seu consentimento, mesmo que a entrevista já tenha sido realizada. Esse estudo muito nos auxiliará, fornecendo informações sobre o processo de formação de profissionais de saúde que trabalham na assistência às mulheres grávidas soropositivas ao vírus HIV.

Entretanto, informo o (a) senhor (a), neste momento, de que não se beneficiará diretamente dos resultados dessa pesquisa. Assumo o compromisso de, ao término da pesquisa apresentar os resultados obtidos em relação à assistência prestada a mulheres soropositivas ao vírus HIV no pré-natal e no momento do parto nas Unidades de saúde e hospital que compreendem a Regional de Saúde XIV de São João da Boa Vista/SP.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Jussara Cunha Fleury Feracin

## Termo de Consentimento pós-esclarecimento

Eu \_\_\_\_\_ abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar dessa pesquisa.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas sobre a entrevista, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Segurança de que não serei identificado e de que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade;
4. Segurança de que serei informado dos resultados da pesquisa e os benefícios que podem advir e que serão realizados esforços para programar ações para melhorar a assistência à saúde;
5. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, entrarei em contato com Jussara Cunha Fleury Feracin pelo tel (19) 3623-4722 ou pelo cel (19) 9717-0988.
6. Se tiver quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, que caiba recurso ou reclamações poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp pelo telefone (19) 35218936.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra arquivada com a pesquisadora.

Assim, declaro que tendo compreendido o exposto, desejo participar da pesquisa e não me oponho a que a mesma seja gravada.

Campinas \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) entrevistado (a)









## APÊNDICE (4)

Instrumento para coleta de dados com os profissionais de Saúde - **Roteiro Guia**

### Dados identificação:

Data da entrevista: ...../...../2008- entrevistado nº : .....

- codinome:..... idade .....sexo: (M) (F)
- graduação em: enfermagem ( ) medicina ( )
- ano em que se formou:..... há quanto tempo trabalha em saúde da mulher:.....
- local em que presta atendimento (colocar nome da unidade):
- UBS :..... Hospital:.....
- Atividade que exerce: assistencial ( ), gerencial ( ) (colocar as possíveis atividades)
- (os dados de identificação deverão estar em folha separada, identificada por um número, o mesmo que deverá conter no início da gravação da entrevista)

Para os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde:

1. Durante o atendimento a uma mulher na UBS, quando deve ser solicitado a sorologia para o vírus HIV? (aqui quero descobrir se os profissionais pedem sorologia independente da gravidez, se faz aconselhamento pré-teste).

2. Conte-me o que se faz quando você depara com sorologia positiva para vírus HIV? (espero que me diga quem dá o resultado, se tem alguma orientação e se a mulher recebe algum apoio. Espero também que o entrevistado me diga sobre a transmissão vertical, profilaxia. De quem é a responsabilidade de falar sobre o assunto, orientação do tratamento).

3. Nesse caso, como é o tratamento? (tudo que se faz....) (aqui espero ouvir sobre quais medicações para profilaxia/tratamento, seu uso durante pré-natal, e as contra indicações)

4. Como é para você atender uma mulher grávida portadora vírus HIV? (espero ouvir sobre seus sentimentos, pré-conceitos (presença de gravidez significa não proteção - sexualidade), medos....)

5. Fale-me como a sexualidade dessas mulheres é tratada? (espero ouvir sobre sexo protegido, contaminação cruzada, novas gravidezes/planejamento familiar).

6. Como é feita a assistência pré-natal a essas mulheres? (espero ouvir, qual fluxo de atendimento, quem é responsável pelo atendimento, quais serviços são envolvidos nesse processo. Caso as medidas de promoção à saúde dessa gestante não seja verbalizada faço a pergunta:) Que tipo de orientação é dada para promover a sua saúde?

7. Você acredita que os profissionais, de maneira geral, estão preparados psicologicamente para lidar com essa situação? Porque (para sim e para não) (se sim, espero ouvir os preparos que tiveram. Se não, por quê?)

8. Como fica a família dessas gestantes HIV positiva? (espero ouvir, se fazem alguma coisa, e se sim, o que fazem)

9. Conte-me como (caminho/processo) é feita a notificação do caso. (espero ouvir sobre o fluxo, caminho, processo, ou seja, a partir do resultado positivo, quais pessoas, serviços/instituições são envolvidas e como são as responsabilidades de cada um)

10. O que acontece com a criança após o nascimento? (espero ouvir as ações que são realizadas - acompanhamento- quem responsabiliza por o que, até quando ocorre o acompanhamento)

11. Observa-se que há problemas para atender a gestante soropositiva. Na opinião quais seriam esses problemas/obstáculos?

Para os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam atendimento a nível hospitalar:

1. O que se faz quando uma parturiente dá entrada ao hospital, sem cartão de Pré-natal e/ou sem o teste anti-HIV? (espero ouvir quem faz o quê, ou seja, se há um protocolo no hospital para colher teste rápido - hospital possui laboratório para isso? Quais procedimentos realizados, por quem).
2. O que se faz quando uma parturiente soropositiva ao vírus HIV dá entrada ao hospital para resolução da gravidez? (espero ouvir sobre os procedimentos, medicações usadas, precauções, etc...quando é feita essas medicações....., as orientações que a mulher e acompanhantes recebem sobre a profilaxia da transmissão vertical, durante a seu processo de parturição).
3. Conte-me sobre a amamentação (relacionada a mulher e ao Rn). (espero ouvir sobre as orientações/apoio que são oferecidas, se há ou seguem algum protocolo)
4. Em sua opinião, qual é o momento de maior exposição para o bebê na transmissão vertical do vírus HIV?

Observa-se que há problemas ou obstáculos para o atendimento a gestante soropositiva. Em sua opinião, quais

Para os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde:

#### PEDIATRA - UBS

1. Como acontece o acompanhamento da criança após alta hospitalar na UBS. (espero ouvir se há referência /contra referência, acesso a programa) .

2. Como acontece o acompanhamento da criança que a mãe tinha soropositividade ao vírus na gravidez? (tudo que se faz....) (aqui espero ouvir sobre os exames solicitados, intervalos entre eles, medicações se necessário para a criança, e as contra indicações)

3. Conte-me o que você faz quando depara com sorologia positiva para vírus HIV no encerramento do caso? (espero que me diga quem dá o resultado, se tem alguma orientação e se a mãe recebe algum apoio para receber o resultado da soropositividade da criança. De quem é a responsabilidade de falar sobre o assunto).

4. Como é para você atender uma criança com possibilidade de ter contraído o vírus HIV da mãe durante a gestação/trabalho de parto? (espero ouvir sobre seus sentimentos, pré-conceitos....)

5. Que tipo de orientação é dada a mãe para promover a sua saúde da criança? (espero ouvir sobre vacinação, alimentação, cuidados gerais)

6. Você acredita que os profissionais, de maneira geral, estão preparados psicologicamente para lidar com essa situação? Porque (para sim e para não) (se sim, espero ouvir os preparos que tiveram. Se não, por quê?)

7. Conte-me como (caminho/processo) é feito à notificação do caso. (espero ouvir sobre o fluxo, caminho, processo, ou seja, a partir do resultado positivo, quais pessoas, serviços/instituições são envolvidas e como são as responsabilidades de cada um)

8. Observa-se que há problemas para atender a criança de mãe soropositiva. Na opinião quais seriam esses problemas/obstáculos?

## PEDIATRA - HOSPITAL

Para os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam atendimento a nível hospitalar:

1. O que se faz quando uma parturiente dá entrada ao hospital, sem cartão de Pré-natal e/ou sem o teste anti-HIV? (espero ouvir quem faz o quê, ou seja, se há um protocolo no hospital para colher teste rápido - hospital possui laboratório para isso? Quais procedimentos realizados, por quem).
2. O que se faz quando uma parturiente soropositiva ao vírus HIV dá entrada ao hospital para resolução da gravidez pensando na prevenção da transmissão vertical? (espero ouvir sobre os procedimentos, medicações usadas, precauções, etc...quando é feita essas medicações....., as orientações que a mulher e acompanhantes recebem sobre a profilaxia da transmissão vertical, no hospital ).
3. Conte-me como acontece à recepção da criança no momento do parto e após o nascimento, de mãe soropositiva para o vírus HIV? (aqui quero ouvir as ações que são realizadas ao RN, assistência prestada pelos profissionais, imunização, alojamento conjunto, alta da criança, acesso a Unidade de Saúde).
4. Conte-me sobre a amamentação (relacionada á mulher e ao Rn). (espero ouvir sobre as orientações/apoio que são oferecidas, se há ou seguem algum protocolo).
5. Conte-me como procede á alta da criança (espero ouvir sobre o serviço tem algum protocolo de alta, as orientações sobre o acompanhamento para conhecer a situação sorológica da criança).
6. Em sua opinião, qual é o momento de maior exposição para o bebê na transmissão vertical do vírus HIV?
7. Observa-se que há problemas ou obstáculos para o atendimento a criança de mãe soropositiva. Em sua opinião, quais seriam?

## Anexos

---

---

# ANEXO (1)

## Ficha de investigação - Gestante HIV positiva e Crianças Expostas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº			
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2- Individual		2	Data da Notificação		
	3	Município de Notificação		Código (IBGE)			
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código			
	5	Agravado <b>GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS</b>		6	Data do Diagnóstico		
Dados do Caso	7		Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta	8		Data de Nascimento	
	9	Idade	10	Sexo	11	Raça/Cor	
	12		Escolaridade (em anos de estudo concluídos)		13		Número do Cartão SUS
	14		Nome da mãe		15		Logradouro (rua, avenida,...)
Dados de Residência	16		Número	17		Complemento (apto., casa, ...)	
	18		Ponto de Referência	19		UF	
	20		Município de Residência	21		Bairro	
	22		CEP	23		(DDD) Telefone	
	24		Zona	25		País (se residente fora do Brasil)	
<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>							
HIV	26		Evidência laboratorial do HIV:	27		Informações sobre a parceria sexual	
	28		Usuário de Drogas Injetáveis	29		História de Transfusão de Sangue / Derivados	
Cat. de Exposição da Gestante/Parturiente/ Puérpera	30		Acidente com material biológico com posterior soroconversão	31		Transmissão Vertical	
	<b>PRÉ-NATAL</b>						
Dados Pré-Natal	32		Município de realização do Pré-Natal	33		Unidade de realização do pré-natal:	
	34		Nº da Gestante no SISPRENATAL	35		Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal:	
	36		Data provável do parto:	37		Caso confirmado de aids:	
	38		Em uso de anti-retrovirais para tratamento	39		Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início	
	40		Se não fez profilaxia, motivos:	41		Se não fez profilaxia, motivos:	

PARTO					
Dados Parto	41 Município do local do parto	Código	42 Local de realização do parto:	Código	
	43 Data do parto:		44 Idade gestacional:	semanas	
	45 Fez pré-natal ?	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	46 Se sim, nº consultas:		
	47 Município de realização do pré-natal	Código	48 Unidade pré-natal	Código	
	49 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 00 - não usou 99 - ignorado			
	50 Tempo de ruptura das membranas (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	51 Evolução da gravidez:	<input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Cesáreo 3 - Aborto	52 Gestação múltipla:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	
	53 Fez uso de anti-retroviral durante o parto:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	54 Óbito materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	55 Criança:	<input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica	
	56 Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado			
CRIANÇA					
Dados Criança	57 Município da unidade de acompanhamento	Código	58 Unidade de acompanhamento da criança:	Código	
	59 Nome da criança:		60 Data de nascimento		
	61 Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - ignorado	62 Município do local de parto	Código	63 Local de nascimento (Unidade de Saúde):	
	64 Aleitamento materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	65 Se sim, tempo (dias):		
	66 Aleitamento cruzado:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	67 Se sim, tempo (dias):		
	68 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - ignorado			
	69 Utilizou outro anti-retroviral:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	Dados laboratoriais:		Data da coleta	Resultado	
	70 Carga viral (1ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	
	71 Carga viral (2ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	
72 Carga viral (3ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável		
73 Sorologia anti-HIV aos 18 meses	Data da coleta	<input type="checkbox"/> 1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado			
Conclusão	74 Encerramento do caso	<input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito			
	75 Se óbito, data:				
	76 Causa do óbito relacionada à aids:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado			
	77 Responsável pelo preenchimento:		78 Data:		

## ANEXO (2)

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 07/04/08.  
(Grupo III)

**PARECER CEP: N° 037/2008** (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE: 0028.0.146.000-08**

#### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AS MULHERES GRÁVIDAS SOROPOSITIVAS AO VÍRUS HIV NOS SERVIÇOS DE SAÚDE".**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Jussara Cunha Fleury Feracin**

**INSTITUIÇÃO: Departamento de Medicina Preventiva e Social / FCM / UNICAMP**

**APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/02/2008**

**APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/02/09** (O formulário encontra-se no site acima)

#### II - OBJETIVOS

Investigar a ocorrência de possíveis obstáculos/dificuldades e seus motivos na assistência prestada a mulher grávida soropositiva ao vírus HIV nos serviços de saúde.

#### III - SUMÁRIO

Na fase de planejamento será realizado um estudo de busca das publicações científicas e internacionais sobre a assistência prestadas a essas mulheres. Para alicerçar o estudo será realizada uma segunda fase que terá uma abordagem quantitativa/descriptiva, visando analisar a situação epidemiológica dos 11 municípios pertencentes ao Grupo Técnico Vigilância Epidemiológica XXVI de São João da Boa Vista - SP, que notificarem casos de gestantes portadoras de HIV e suas crianças expostas. Os dados serão coletados no setor de vigilância epidemiológica no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Será elaborada uma máscara (programa excel) para serem analisadas no epi-info, contendo as variáveis selecionadas da ficha de investigação epidemiológica. Essas fichas contêm informações sobre as características das mulheres, idade, local de moradia, momento de identificação da infecção, local e data do parto, além dos registros de procedimentos assistenciais terapêuticos e profiláticos. As fichas que serão incluídas no estudo, são aquelas referentes ao período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Os dados serão digitados e posteriormente submetidos a análises descritivas.

~~O estudo compreende ainda uma terceira fase na qual será usada uma abordagem qualitativa, que~~ buscará identificar através das falas dos profissionais, as dificuldades e razões para falhas nos procedimentos assistenciais a esses grupos de mulheres, os obstáculos mais comuns, com prioridade na discussão, para as falhas previamente identificadas nas fichas epidemiológicas. A coleta será realizada valendo-se de entrevista dirigidas com os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam atendimento a essas mulheres nas Unidades Básicas de Saúde e Hospital do Município de São João da Boa Vista. Para a organização dos dados será utilizada análise temática.

#### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto encontra-se adequado à Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br



#### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM em 26 de fevereiro de 2008.

  
Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP