

TO 095

DANIELA KIST BUSNARDO

INFECÇÃO HIV NA GESTAÇÃO

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1999

DANIELA KIST BUSNARDO

INFECÇÃO HIV NA GESTAÇÃO

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso
Orientador: Prof. Dr. Edison Natal Fedrizzi

FLORIANÓPOLIS

1999

Busnardo Daniela Kist. *Infecção HIV na gravidez*. Florianópolis, 1999.

23p.

Trabalho de conclusão no Curso de Graduação em Medicina,
-Universidade Federal de Santa Catarina.

1. HIV na gravidez 2. Infecção na gestante 3. Profilaxia antiviral
na gestante

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao orientador, Dr. Edison Natal Fedrizzi, que me incentivou e seguiu durante todo o decorrer do trabalho, à Prof. Leda Dietrich pela correção gramatical, e ao meu noivo, Adriano que me acompanhou neste processo.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVO	06
3. MÉTODO	07
4. RESULTADOS	08
5. DISCUSSÃO	16
6. CONCLUSÕES	20
7. REFERÊNCIAS	21
RESUMO	24
SUMARY	25
APÊNDICE	26

1. INTRODUÇÃO

Definida pela OMS (Organização Mundial da Saúde), como a manifestação final e mais grave da infecção pelo HIV, caracteriza pela presença de doenças associadas à imunodeficiência celular, o termo AIDS ou SIDA é usado como sinônimo de um amplo espectro de doenças que incluem os casos soropositivos até a AIDS propriamente dita.⁵

O agente etiológico da AIDS, o HIV, foi reconhecido pela primeira vez em 1981, nas cidades de Los Angeles e Nova York em jovens homossexuais masculinos, e isolado separadamente na França e nos Estados Unidos em 1983. No Brasil, os primeiros casos foram diagnosticados em 1982. Neste mesmo ano, quando menos de 100 casos de AIDS em mulheres haviam sido registrados no CDC (Center for Disease Control) dos EUA, a transmissão perinatal foi descrita pela primeira vez.

No ano seguinte, os casos de AIDS na mulher aumentaram para cerca de 200 o primeiro caso de transmissão heterossexual foi registrado. Em 1985, os casos de AIDS nas mulheres aumentaram para mais de 1000 e a transmissão através do leite materno foi proposta inicialmente.^{1, 10, 8}

As mulheres representam atualmente o segmento de mais rápido aumento de aquisição da infecção HIV. A transmissão heterossexual é o modo mais comum da transmissão HIV para a mulher. A transmissão homem-mulher é 2 a 4 vezes mais efetiva que a transmissão mulher-homem.⁵

Durante a gravidez, além de passar por grandes alterações, o organismo da mulher obriga uma nova forma de vida e qualquer infecção

pode ocasionar algum prejuízo para o binômio materno-fetal, causando danos irreversíveis ou não, no organismo do concepto e/ou da gestante. A transmissão perinatal é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil, sendo responsável em nosso país por 89,9% dos casos com forma de exposição conhecida em menores de 13 anos. A cada dia cresce o número de mulheres infectadas e a faixa etária mais acometida é a idade reprodutiva (20-40 anos). A prevalência é maior nas mulheres consideradas “grupo de risco” (usuários de drogas injetáveis, portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, multiplicidade de parceiros, parceiros de risco, entre outros), mas tem aumento sobremaneira nas mulheres sem fator de risco. Em um levantamento epidemiológico realizado em Florianópolis, em 1994, na Maternidade Carmela Dutra com a colaboração do Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP), FEDRIZZI *e col.*⁵ encontraram um percentual de 1,64% das gestantes HIV positivas, sendo que 75% delas negavam fator de risco.⁵ A transmissão materno-fetal do HIV varia de 13 a 52% (média de 35%), basicamente através das vias transplacentária, parto e amamentação. A queda das células CD4 pela própria gravidez e pela ação do vírus é mais notável no terceiro trimestre quando aumenta o risco de desenvolvimento de doenças relacionadas à imunodepressão e a transmissão perinatal.⁵ Na transmissão não está bem definido o momento nem o modo pelo qual esta ocorre. No período intraparto, a infecção ocorre pela exposição através do processo de nascimento, ao sangue e fluidos corporais maternos. No pós parto, o leite materno seria a fonte de infecção viral.^{6,7} Segundo TOWOR *e col.* a maioria da transmissão perinatal ocorre durante o período intraparto, pela exposição do feto ao sangue e fluidos corporais maternos. Este mesmo autor sugere que mesmo a transmissão transplacentária ocorre no final da gestação e período periparto (excluindo-se aqui as pacientes com sangramento do segundo e terceiro trimestre, que aumentam os índices de transmissão nestes eventos). Estas informações são

relevantes já que a transmissão neste período da gestação pode ser modificada por tratamento e estratégias de prevenção.⁷ O risco de transmissão vertical está aumentado quando a carga viral é alta, o estado geral materno é pobre e o trabalho de parto é prematuro.¹³ A transmissão através do aleitamento materno no período pós-parto, segundo TESS *e col.* depende do efeito do colostro, duração da amamentação, associação com fórmulas industrializadas e patologia mamilar, o risco de transmissão é de 21% nas crianças amamentadas exclusivamente no peito comparada a 13% naqueles amamentadas artificialmente.²⁰

A transmissão perinatal do HIV, deve ser prevenida ao máximo e novas estratégias devem ser pesquisadas.⁶ No intuito de diminuir esta transmissão vários estudos utilizando drogas antivirais como o AZT (zidovudina) mostraram-se eficazes. A avaliação da segurança e da eficácia do uso do AZT na presença da transmissão do HIV na gestação e parto foi realizada em estudantes multicêntricos nos EUA e França (conhecidos como Protocolos ACTG 076 e ANRS 024). Estes trabalhos mostraram uma redução da transmissão vertical de 67,5% nos pacientes que fizeram uso do AZT na gravidez e parto.^{5, 6, 9} WADE *e col.* relatam que a terapia com zidovudina durante a gestação, no trabalho de parto e para o recém-nato nas primeiras seis semanas de vida, reduz a transmissão de 25,5% para 8,3%. Mesmo regimes derivados de zidovudina podem ter efeito profilático na transmissão perinatal do HIV. Este mesmo autor relata que quando a terapia iniciou no período pré-natal a taxa de transmissão foi de 6,1%, quando iniciou intra-parto foi de 10%, quando iniciou nas primeiras 48h de vida do recém-nato foi de 9,3% e quando iniciou com três dias de vida ou mais foi 18,4%, já na ausência do uso de AZT foi 26,6%.⁶

MOLA *e col.* relatam que a gestação parece não ter um maior impacto no progresso da AIDS, mas pode ser devastadora particularmente nos últimos estágios da doença. Existem indícios circunstanciais de que a

gravidez afete adversamente a evolução da doença e que as alterações do sistema imune próprias da gravidez, associadas às alterações pelo HIV, levem a uma evolução mais rápida das doenças HIV associadas, inclusive a AIDS. Em adição, o aloenxerto placentário pode servir como um ativador do sistema imune materno que teoricamente pode acelerar o processo de diminuição das células T_{CD4}.²

Especialmente em países em desenvolvimento, onde pacientes HIV positivas são mais susceptíveis à pobreza de estado nutricional e outras infecções, há um risco aumentado de trabalho de parto prematuro, retardo de crescimento intra-útero e corioamnioite.

O teste anti-HIV deve ser recomendado a todas as gestantes (com ou sem fator de risco) após aconselhamento (orientação sobre a infecção HIV, benefício do diagnóstico precoce e tratamento, diminuição da transmissão com medidas preventivas e anti-virais) e realizado somente após o consentimento do paciente.

MINKOFF *e col.* citaram sobre a AIDS: “uma doença que era desconhecida duas décadas atrás, era intratável uma década atrás e cuja taxa de transmissão materno fetal estava imutável nos últimos cinco anos, é hoje, facilmente diagnosticada, tratada com crescente efetividade e sua transmissão pode ser bloqueada na maioria dos casos”.¹⁴

A prevenção e o diagnóstico precoce são fundamentais devido aos efeitos da infecção sobre a gestação, entre eles o maior índice de abortamento rotura prematura de membranas, retardo de crescimento intra-uterino, óbito fetal, mal formações fetais e infecções oportunistas materno fetais. Além disso as complicações pós natais para a puérpera (agravamento do quadro clínico) e para o recém-nato (desenvolvimento do quadro clínico da AIDS com suas complicações e repercussões associadas) tornam essa questão um grande problema de saúde pública atual, necessitando de estatísticas fidedignas para o desenvolvimento de um trabalho maior de

conscientização populacional e introdução de uma terapêutica precoce e adequada para diminuir a transmissão perinatal, principalmente com o uso de drogas antivirais, como demonstrado por inúmeros trabalhos na literatura.

2. OBJETIVO

Determinar o percentual de pacientes gestantes HIV positivas dentre as que realizaram acompanhamento pré-natal no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 27 de janeiro de 1998 à 26 de janeiro de 1999 e compará-las com um grupo controle (HIV negativo) quanto à epidemiologia, fatores de risco e evolução obstétrica.

3. MÉTODO

Realizou-se um estudo caso-controle retrospectivo através da análise dos prontuários de pacientes gestantes atendidas no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HU-UFSC no período de 27 de janeiro de 1998 a 26 de janeiro de 1999.

As pacientes eram divididas em dois grupos, sendo o primeiro gestantes soropositivas para o HIV (8 pacientes) e o segundo por 100 pacientes gestantes soronegativas escolhidas aleatoriamente que consultaram o serviço no mesmo período.

Comparou-se entre os dois grupos, dados como idade, estado civil, paridade, infecções na gravidez, gestoses e interrupção da gestação. No grupo HIV positiva ainda analisou-se a época do diagnóstico, forma de aquisição, uso de AZT e fatores de risco.

O estudo estatístico realizado foi o percentual.

4. RESULTADOS

No período de 27 de janeiro de 1998 à 26 de janeiro de 1999, 1367 pacientes realizaram acompanhamento pré-natal no Hospital Universitário da UFSC. Dentre estas encontrou-se 8 pacientes HIV positivas, correspondendo a 0,58% dos casos.

O grupo controle constitui-se de 100 pacientes HIV negativos escolhidos aleatoriamente comparadas ao grupo de 8 pacientes HIV positivas.

Os resultados podem ser avaliados pelas tabelas e figuras a seguir.

TABELA I: Correlação da idade das pacientes estudadas do grupo HIV positivos e grupo controle.

Idade (anos)	HIV (+)		HIV (-)	
	n	%	n	%
< 20	2	25	22	22
20 - 25	4	50	34	34
26 - 30	1	12,5	20	20
31 - 35	1	12,5	13	13
36 - 40	-	-	10	10
>40	-	-	1	1
Total	8	100	100	100

Fonte: SAME HU/UFSC, Florianópolis 1999.

TABELA II: Correlação do estado civil das pacientes estudadas do grupo HIV positivos e grupo controle.

Estado civil	HIV (+)		HIV (-)	
	n	%	n	%
Casadas	5	62,5	51	51
Solteiras	2	25	48	48
Divorciadas	1	12,5	1	1
Total	8	100	100	100

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis 1999.

TABELA III: Correlação da paridade das pacientes estudadas do grupo HIV positivos e grupo controle.

Gesta	HIV (+)		HIV (-)	
	n	%	n	%
I	3	37,5	48	48
II	3	37,5	22	22
III	-	-	12	12
IV	-	-	15	15
> IV	2	25	3	3
Total	8	100	100	100

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis 1999.

TABELA IV: Correlação das infecções na gestação das pacientes estudadas do grupo HIV positivos e grupo controle.

Gesta	HIV (+)		HIV (-)	
	n	%	n	%
Rubéola	-	-	2	2
Toxoplasmose	-	-	2	2
Vaginose bacteriana	2	25	14	14
Candidíase vaginal	3	37,5	15	15
Tricomoniase	2	25	-	-
Infecção do trato urinário	-	-	42	42
Sífilis	1	12,5	-	-
Hepatite	1	12,5	1	1
Clamydia	-	-	1	1
HPV	1	12,5	3	3
Tuberculose	1	12,5	-	-
Parasitose intestinal	-	-	5	5

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis 1999.

TABELA V: Correlação das gestoses das pacientes estudadas do grupo HIV positivos e grupo controle.

Gestose	HIV (+)		HIV (-)	
	n	%	n	%
Hiperemese	-	-	2	2
Diabete gestacional	-	-	6	6
Doença hipertensiva específica da gravidez	1	12,5	4	4
Ameaça de abortamento	-	-	1	1
Trabalho de parto prematuro	-	-	3	3
Sangramento do III trimestre	-	-	-	-
Nenhuma	7	87,5	81	81
Total	8	100	100	100

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis 1999.

TABELA VI: Correlação da interrupção da gestação das pacientes estudadas do grupo HIV positivos e grupo controle.

Interrupção da gestação	HIV (+)		HIV (-)	
	n	%	n	%
Parto normal	2	25	37	37
Cesareana	2	25	17	17
Abortamento	-	-	1	1
Ignorado*	4	50	45	45
Total	8	100	100	100

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis1999.

*considerado ignorado quando a paciente não interrompeu a gestação no HU ou não consta no prontuário.

TABELA VII: Correlação da idade gestacional das pacientes estudadas do grupo HIV positivos e grupo controle.

Idade gestacional	HIV (+)		HIV (-)	
	n	%	n	%
Pré-termo	-	-	6	6
Termo	3	37,5	46	46
Pós-termo	1	12,5	2	2
Ignorada	4	50	46	46
Total	8	100	100	100

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis1999.

Com relação às pacientes HIV positivas exclusivamente, alguns itens foram analisados.

pré-gestacional	62,50%
pré-natal	37,50%

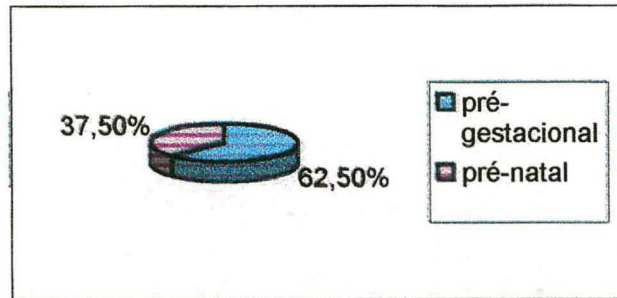


Figura 1: Representação gráfica das pacientes HIV positivas em relação ao momento do diagnóstico

ignorado	62,50%
droga EV	12,50%
heterossexual	25%

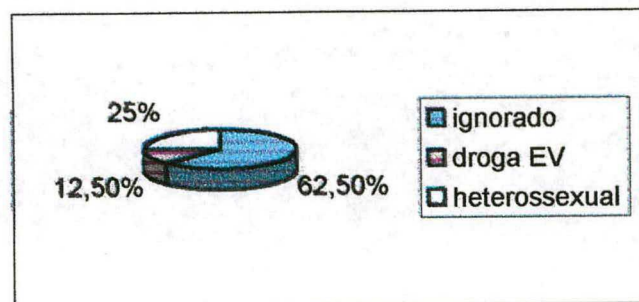


Figura 2: Representação gráfica das pacientes HIV positivas em relação às formas de aquisição.

TABELA VIII: Uso do AZT antes e durante a gestação, no parto, no recém-nato e no puerpério.

	sim		não		ignorado	
	n	%	n	%	n	%
Pré gestacional	2	25	3	37,5	3	37,5
Gestação						
Gestação	3	37,5	4	50	1	12,5
Parto	-	-	6	75	2	25
Recém nato	-	-	6	75	2	25
3 tempos	4	50	2	25	2	25
Nenhum						
dos 3	1	12,5	6	75	1	12,5
Puerpério	2	25	3	37,5	3	37,5

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis 1999.

TABELA IX: Fatores de risco para as pacientes estudadas do grupo HIV positivos.

Fatores de risco	HIV (+)	
	n	%
Droga EV	2	25
Droga não EV	1	12,5
DST prévia	1	12,5
Múltiplos parceiros	1	12,5
Alcoolismo	1	12,5
Parceiro de risco ou HIV+	1	12,5
Nenhum	2	25

Fonte: SAME HU-UFSC, Florianópolis 1999.

5. DISCUSSÃO

O estudo da infecção HIV na gestação é fundamental devido às implicações deste numa fase tão importante da vida reprodutiva e emocional da mulher, e no novo ser que surge como produto desta gestação e sofre as consequências da infecção materna.

As diferenças em vários estudos se devem a fatores demográficos, sociais, econômicos e culturais, que influenciam na prevalência desta doença. A prevalência de gestantes acometidos pelo vírus da AIDS varia de 0,42 a 3,7%. Em nosso meio, FEDRIZZI *e col.* analisaram 730 gestantes em 1994 na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis e encontraram um percentual de 1,64%. Na mesma época o percentual na cidade do Rio de Janeiro era 0,3%, São Paulo 0,7% e Porto Alegre 3,1%. Em alguns lugares como a África Meridional, a prevalência é tão alta quanto 35 - 45% das gestantes. COZEIN *e col.*, em seu estudo de prevalência de HIV em gestantes na Europa entre 1990 e 1996, encontraram variações demográficas com taxas de 10-30/10.000 mulheres em grandes áreas urbanas com Amsterdã, Barcelona, Londres, Milão, Paris e Roma; entre 1-2/10.000 em países escandinavos, e 0,5/10.000 em países da Europa Central e leste europeu (exceto Ucrânia 5/10.000). MBOPI-KEON *e col.* analisando 4.100 gestantes entre 1994 e 1996 em Yaounde no Camarão encontraram a soroprevalência para o HIV de 4,2%. Ainda DAVIS *e col.* nos Estados Unidos entre 1989 e 1994 demonstraram uma soroprevalência entre gestantes em trabalho de parto de 1,5-1,7/1.000 mulheres. Nosso

estudo mostrou uma taxa de 0,58% de gestantes HIV positivas nas pacientes que realizaram pré-natal no HU-UFSC, número bastante inferior à realidade, pois muitas das gestantes HIV positivas não realizam pré-natal ou o fazem em hospitais de referência para doenças infecciosas.

Com relação à idade das pacientes, notou-se uma distribuição maior entre as HIV negativas e uma restrição das HIV positivas à idade de 35 anos, ou seja, mais jovens; mas em ambos os casos, o percentual maior foi entre os 20-25 anos de idade. PORTO *e col.* em seu estudo comparativo também não encontraram entre as pacientes HIV positivas nenhuma com idade superior a 35 anos.¹²

Os dados de estado civil das pacientes mostraram apenas um aumento significativos de divorciadas entre as HIV positivas, não havendo dados de confronto na literatura.

Com a relação à paridade, PORTO *e col.* encontraram entre HIV positivas um menor número de primíparas e aumento de múltíparas, concordando com dados presentes em nosso estudo.

As infecções na gestação são mais comuns em países em desenvolvimento, devido ao baixo nível sócio-econômico e cultural, e é comum a associação de infecções. Segundo MBOPI-KEON *e col.* a infecção HIV é duas vezes mais comum em mulheres com sorologia positiva para sífilis (7,2% vs 3,2%), com soroprevalência para sífilis de 17,4% das gestantes, no Camarão. SCHUTER *e col.* relataram num estudo entre 213 prisioneiras gestantes em Nova York - EUA, uma prevalência de tricomoníase vulvovaginal (*Trichomonas vaginalis*) de 46,9%, sendo um cofator na transmissão do HIV, com maior prevalência neste grupo. RESTI *e col.* relatam em seu estudo italiano que a taxa de transmissão do vírus da hepatite C é maior entre pacientes com fatores de risco para o HIV. Dados estes concordantes com nosso estudo que mostra uma maior porcentagem ou infecções de trato genital e/ou sexualmente transmitida entre os

pacientes HIV positivas, deixando as outras infecções ou caráter não genital/parental para as HIV negativas. Ainda a tuberculose apareceu entre as HIV positivas, sendo uma característica da AIDS doença.

As gestoses foram mais prevalentes entre as pacientes HIV negativas, exceto a doença hipertensiva específica da gravides, provavelmente pela população pequena.

Com relação à resolução da gestação e a idade gestacional na qual isto ocorreu, NOUSE *e col.* descreveram não haver diferenças significativas entre idade gestacional e modo de resolução da gestação entre pacientes infectados ou não pelo HIV. Já DESGREES-DO-LOU *e col.* em seu estudo sugerem que o risco de terminar a gestação em abortamento é maior entre as pacientes HIV positivas. D'UBALDO *e col.* relatam um aumento de 67% no risco relativo de abortamento espontâneo entre pacientes HIV positivas em comparação as HIV negativas. Nosso estudo mostra um aumento na taxa de parto normal entre HIV negativas e aumento na taxa de operação cesareana entre as pacientes HIV positivas, talvez devido ao medo dos profissionais com relação ao parto normal em gestantes soropositivas e a polêmica da diminuição da transmissão perinatal com cesareana.

Restringindo-se às pacientes HIV positivas nota-se que a maioria em nosso estudo tem diagnóstico pré-gestacional, reforçando à afirmação de DESGREES *e col* sobre a necessidade de um maior planejamento familiar e aconselhamento das paciente HIV positivas em relação às gestações futura.

Cerca de 50% das pacientes HIV positivas não apresentaram fatores de risco para aquisição do vírus. FEDRIZZI *e col.* em seu trabalho demonstraram que 75% das pacientes não apresentavam nenhum destes fatores. Estes dados reforçam a necessidade da instituição do exame anti-HIV a todas as pacientes grávidas, caso contrário pelo menos 50% das

pacientes não terão diagnóstico da infecção HIV durante a gestação. Neste estudo observamos até 75% das pacientes apresentavam algum fator de risco, principalmente o uso de troca EV (25%).

O uso do AZT na profilaxia da transmissão perinatal é de importância fundamental, diminuindo as taxas para 8,3% ou até mesmo 3% quando usados precocemente na gestação, trabalho de parto e recém-nato. Não foi possível avaliar o uso do AZT neste trabalho da forma esperada pela falta de dados nos prontuários.

6. CONCLUSÕES

- 1) A investigação e análise neste estudo mostra que a taxa de soroprevalência para o HIV nas pacientes que realizaram acompanhamento pré-natal no HU-UFSC foi 0,58%.
- 2) A maioria das pacientes HIV positivas são jovens com idade inferior ou igual a 25 anos (75%) e 63% já sabiam ser HIV positivo na gravidez.
- 3) As doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, hepatite, HPV) foram mais frequentes no grupo HIV positivo.
- 4) O parto cesáreo foi mais frequente no grupo HIV positivo (25% vs 17%).
- 5) O fator de risco mais encontrado no grupo HIV positivo foi o uso de drogas endovenosa (25% das pacientes).

6. REFERÊNCIAS

1. Fedrizzi, EN: AIDS na mulher I. Feminina 1992, jul: 614-16
2. Fedrizzi, EN: AIDS na mulher II. Feminina 1992, out:1045-52.
3. Fedrizzi, EN: AIDS na mulher III. Feminina 1992, nov: 1159-74
4. Fedrizzi, EN: AIDS na mulher IV. Feminina 1993, fev: 138-50
5. Fedrizzi, EN: Infecções e infestações na gravidez. In Associação Catarinense de Medicina. Manual de Terapêutica em ginecologia e Obstetrícia. 2ª edição. Florianópolis, 1999.
6. Wade, NA et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. N. Eng med 1998; 339: 1409-14.
7. Tower, CV et al. A "Bloodless cesarean section" and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. Am J Obst Gynecol 1998; 179 (3pt1):708 - 14
8. Latham, MC et al Breastfeeding versus formula feeding in HIVinfecton. Lancet 1998; 352 (9129): 737.
9. Mc Intosh, K - Sghort (and Shorter)courses of zidovudine . N. Enge I Med. 1998; 339(20): 1409-14
10. Drosle, TM. 10M recommends routine HIV test in pregnancy. Lancet 1998 oct 17; 352 (9136): 1294.
11. Amaral, E et al. Evolução obstétrica e perinatal de gestações sdo risco de infecção pelo HIV; comparação entre infectadas e não infectadas. Ver. Bras. Gincol obstet; 1995 jun; 17 (s): 525-34
12. Porta, AGM et al. Evolução obstétrica em mulheres portadoras do virus da imunodeficiência humana do tipo I. Ver. Bras. Ginecol. Obstet. 1996, mai; 18(4):305-10.
13. Mole, G. HIV infections in obstetrics and gynaecology. P.N.G. Med.I 1996 sep; 3ª (3) : 190-5

14. Minkoff, HL. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy *Semin – Perinatal* 1998 Aug; 22(4) : 293 – 308.
15. Nourse, CB et al. Mother – to – child transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in Ireland: a prospective study. *Ir – I – med – Sci* 1998 jul-sep; 167(3): 145-8
16. Bralsin, L et al. Reproductive tract infections, gynecological morbidity and HIV seroprevalence among women in Mumbai, India. *Bull-World-Health-Organ* 1998; 76(3): 277-87.
17. Cazein, F et al. HIV prevalence in pregnant women in Europe: differences in assessment methods and prevalence levels across countries – *I-Acquir – Immune – defic – Syndr – Hum – Retroviol.* 1998 nov; 19(3): 296-305.
18. Duffy, TA et al. Women's Knowledge and attitudes, and the acceptability of voluntary antenatal HIV testing. *Br-I-Obstet – Gynaecol* 1998 aug; 105(8) : 849-54.
19. Desgrees-du-low, A. HIV-1 infection and reproductive history: a retrospective study among pregnant women, Abidjan, Cote d'Ivoire, 1995-1996. *Int – I – STD – AIDS* 1998 aug; 9(8) :452-6
20. Tess, BH et al. Infant Feeding and Risk of mother – to – child transmission of HIV – I in São Paulo State, Brasil. *J-Acquir – Immunedefic-Syd-Hum-retrovirolog* 1998 oct; 19(2) : 189-94
21. Davis, SF et al. Trends in HIV prevalence among childbearing women in the United States, 1989 – 1994. *I-Acquir-Immune-Defic-Syndr-Hum-retrovirolog* 1998 oct; 19(2) : 158-64
22. Mbopi – Keon, FX et al. Antenatal HIV prevalence in Yaounde, Cameroon, *Int-I-STD-AIDS* 1998 jul; 9 (7):400-2
23. Shuter, I et al. Rates of and risk factors for Trichomoniasis among pregnant inmates in New York City. *Sex-Transm-dis.* 1998 jul; 25 (6): 303-7

24. Resti, M et al. Mother to child transmission of infection in prospective study of risk factors and timing of infection in children born to women seronegative for HIV-1. *BMJ* 1998 Aug; 317(7156): 437-41
25. Applenlite Black. LE et al. Neurobehavioral and pregnancy effects of prenatal zidovudine exposure in sprague-bawley rats: preliminary finding. *Neurotoxicol-Teratol* 1998 May-Jun; 20(3) : 251-8
26. Birchad, K Ireland's success with HIV pregnancies. *Lancet* 1998 Sep. 352 (9130): 796
27. D'Ubaldo, C et al. Association between HIV-1 infection and miscarriage: a retrospective study. *AIDS* 1998 Jun; 12 (9) : 1087-93.

RESUMO

A infecção HIV na gestação é uma doença com aspectos sociais, econômicos e médicos, com repercussões para a mãe e a criança muito importantes. Este estudo avaliou o percentual de gestantes HIV positivas dentre as que realizaram pré-natal no HU-UFSC entre 27 de janeiro de 1998 e 26 de dezembro de 1999, comparando-as com um grupo controle em relação à epidemiologia, fatores de risco e evolução obstétrica, encontrando um percentual de 0,58% de gestantes HIV positivas, sendo que 75% destas pacientes tinham idade menor ou igual à 25 anos. Ainda este grupo teve maior frequência de doenças sexualmente transmissíveis e a grande maioria (63,5%) já sabiam ser HIV positivas antes da gestação. Não foi possível avaliar o uso do AZT na prevenção da transmissão perinatal pela falta dos dados nos prontuários. O fator de risco mais encontrado foi o uso de drogas injetáveis neste grupo.

SUMMARY

The HIV infection in pregnancy is a disease with social, economic and medical aspects very important and repercussions to mother and child. This study assessed the percentage of HIV positive pregnant women among the patients that realized prenatal care in HU-UFSC from January 27, 1998 to January 26, 1999 and assessed them with a control group in relation to the epidemiology, risk factors, and obstetric evolution. The rate was 0,58% of HIV positive pregnant women, and 75% of them had 25 years old or less. Still, this group had higher frequency of knowledge about their disease before pregnancy. The risk factor more frequently found was intravenous drug use in this group. The ZDV prophylactic use wasn't possible to evaluate.

APÊNDICE

PROCOLO "HIV NA GESTAÇÃO"

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Idade: Registro: Raça:
 Estado Civil: Escolaridade (C/I): () Analfabeta () 1º grau () 2º grau () Superior

2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Gesta: Para: Aborto: (E) (I) Ectópica: Gestose:

3. PERFIL SOROLÓGICO: HIV + () HIV - ()

a) Pré-Gestacional: SIM () NÃO ()

b) Quanto Tempo:

c) Forma aquisição: () Ignorada () Droga EV () Heterossexual () Transfusão

d) Tratamento Antiviral Pré-Gestacional:

e) Tratamento na Gestação:

Parto:

Puerpério:

RN:

f) Tratamento: () Inadequado () Adequado

() Suspenso: () Hb < 8 g/dl

() Neutrófilos < 750 céls/ml

() Plaquetas < 100.000 céls/ml

() TGO/TGP > 5 x normal

() Creatinina > 1,4

g) Fatores de Risco: () Droga EV () Droga não EV () Transfusão Prévia

() DST prévia () Múltiplos Parceiros () Alcoolismo

() Parceiro de Risco: () HIV + () Drogadito () Bissexual

() Hemofílico () Transfundido () Mult Parc

h) CD4/CD8: CARGA VIRAL:

3. GESTAÇÃO ATUAL

DUM: Idade Gestacional: DUM: USG (..... sem): CP:

Infecção: () Sífilis () Chlamydia () Gonococo () Mycoplasma () HPV

() Hepatite () Toxoplasmose () Rubéola () Citomegalovirus () Tuberculose

() ITU () Cândida () Vaginose () Trichomonas ()

Obs: NS, (+, (-))

Gestose: () Hiperemese () DMG () DHEG () Ameaça aborto () TPP () Sgto III tri

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO: () Aborto (E / I)

() Parto Normal (..... sem)

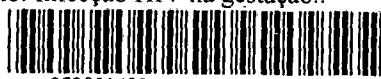
() Cesárea - Indicação: (..... sem)

CONDIÇÕES DO RN:

TCC
UFSC
TO
0095

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0095
Autor: Busnardo, Daniela
Título: Infecção HIV na gestação..



97801427

Ac. 254230

Ex.1 UFSC BSCCSM