

**ANDRÉ LUIZ LERMEN JÚNIOR**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA GESTANTE HIV POSITIVA  
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

**ANDRÉ LUIZ LERMEN JÚNIOR**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA GESTANTE HIV POSITIVA  
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Coordenador do Curso:** Dr. Edson Cardoso

**Orientador:** Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço principalmente ao meu pai e a minha mãe, André e Vera, a quem dedico não apenas este trabalho, como todo meu amor também.

À minha querida irmã Daiane, companheira de teto e de vida, protetora incondicional. Conta comigo para o que der e vier.

A todos meus amigos e amigas, que compartilharam comigo não só alegrias, mas também tristezas, e por isso são verdadeiros.

Agradeço à minha orientadora doutora professora Maria Helena Westrupp, cuja paciência e atenção me mantiveram tranquilo para realizar este trabalho.

Agradeço aos poetas, músicos, pintores e escritores cuja arte nos mostra quão humanos todos somos.

Agradeço a todas as boas pessoas, cujo objetivo não consiste apenas na busca incessante pelo dinheiro, e sim pelo conhecimento e compreensão, e que respeitam-se mutuamente como colegas, amigos, irmãos.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	01
OBJETIVO.....	03
MÉTODO.....	04
RESULTADOS.....	06
DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
RESUMO.....	24
SUMMARY.....	25

## INTRODUÇÃO

No início do terceiro milênio, entramos na terceira década de epidemia do vírus HIV. Segundo estimativa realizada pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, no ano de 1988, havia no Brasil 536.920 pessoas de 15 a 49 anos de idade infectadas pelo HIV.

O perfil epidemiológico da doença vem apresentando mudanças significativas ao longo dos anos; o estigma de doença de homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos já não existe mais, de tal modo que a denominação de “grupos de risco” é totalmente repudiada, sendo que hoje o conceito de “comportamento de risco” é expressão corrente.

Um dos aspectos mais alarmantes é o crescente aumento de casos de AIDS no sexo feminino, aonde as mulheres infectadas possuem principalmente entre 25-39 anos, e adquiriram o vírus através de contato heterossexual. Em 1984 a proporção homens/mulheres infectados era da faixa de 23:1; em 2000 essa relação era de 3:1.(1)

Segundo o *Dossiê Panos/ Mulheres e AIDS: Tripla Ameaça* de 1993, as mulheres representam um pilar básico na fisiopatologia social da infecção pelo HIV, na medida em que quando infectadas, além da própria saúde, perdem também a capacidade de cuidar dos filhos e de outros possíveis doentes em seus lares, além do risco de transmissão vertical aos futuros conceptos.(2)

Reconhecendo a importância do diagnóstico da infecção pelo HIV no período pré-natal, seja pelo uso da população de gestantes como grupos sentinelas

na estimativa de casos totais(3), seja principalmente pela constatação de que a utilização da zidovudina (AZT) profilaticamente reduz substancialmente o risco de transmissão vertical, o governo federal instituiu a partir do ano 1999 que o exame anti-HIV deveria ser oferecido a todas as gestantes durante seu pré-natal.

A partir de 2002 cogita-se a inserção do teste anti-HIV na rotina pré-natal de toda gestante, tornando-se assim obrigatório; porém não existe nenhuma postura oficial concreta a esse respeito até o momento.

A implementação do SISGHIV (sistema de informação de gestante HIV positiva e crianças expostas) através de ficha de investigação padronizada de notificação compulsória permite o levantamento epidemiológico da gestante infectada pelo HIV.

É justamente esse o objetivo do presente trabalho: traçar o perfil da gestante HIV positiva no estado de SC com base no estudo das fichas de investigação do SISGHIV no período compreendido entre julho de 2000 até maio de 2001, bem como discutir e relatar importantes informações presentes nesses interrogatórios, tais como a época do diagnóstico laboratorial do HIV e a idade gestacional do início da profilaxia com AZT.

Considerando a gestante como parte fundamental e representativa do progresso da epidemia em nosso meio, e a mulher como a vítima mais incipiente, todas as medidas preventivas ou assistenciais do contágio pelo HIV tem de ser tomadas o quanto antes.

## **OBJETIVOS**

Geral: identificar o perfil epidemiológico da gestante HIV positiva no estado de Santa Catarina.

Específicos: 1-Identificar quais cidades do estado possuem as maiores populações de gestantes infectadas.

2-Identificar a categoria de exposição da gestante HIV positiva em SC.

3-Identificar a época do diagnóstico laboratorial nessas gestantes e a idade gestacional do início do uso profilático do AZT.

## MÉTODOS

O trabalho baseou-se na coleta de dados de 137 gestantes HIV positivas, estruturação dos mesmos em gráficos e tabelas, e análise dos resultados.

Esses dados foram obtidos através das *fichas de investigação de gestante HIV positiva e criança exposta*. Essas fichas (anexo I) são padronizadas, distribuídas a todos os municípios da federação, fazendo parte do programa implantado pelo Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil, o SISGHIV.

Esse programa, o SISGHIV ( Sistema de Informação de Gestantes HIV Positiva e Criança Exposta) passou a ser implementado a partir do segundo semestre do ano 2000 e visa criar um banco de dados nacional ao modelo do já existente SINAN.

Essas fichas de investigação tem notificação compulsória, são preenchidas na instituição (hospital, maternidade, posto de saúde) responsável pelo atendimento/diagnóstico da gestante soropositiva, sendo a ficha encaminhada às Gerências Regionais e daí então à Gerência Estadual de DST/AIDS do respectivo estado para informatização dos dados.

O sistema informatizado do SISGHIV ainda não foi implementado; nesse trabalho os dados foram obtidos diretamente das fichas de investigação presentes na Gerência Estadual de DST/AIDS com data de notificação entre julho de 2000 até o dia 18 de maio de 2001.



Foram estudadas 137 fichas notificadas entre Julho/2000 a Maio/2001. Os dados são objetivos e foram agrupados de modo a ajustar-se ao objetivo analítico desse trabalho. Os municípios de residência foram levados em conta, e não o município de notificação; esses municípios foram agrupados em macroregiões, mas também são mostrados em tabela de forma individualizada.

Foram coletados Dados Gerais (município de notificação; data da notificação), Dados da Gestante/Parturiente/Puérpera (idade; raça/cor; município de residência; escolaridade), Categoria de Exposição, Dados Pré-natal (idade gestacional da primeira consulta pré-natal; diagnóstico laboratorial do HIV; idade gestacional do início da profilaxia com AZT).

Esses dados são apresentados na forma de gráficos e tabelas e discutidos no decorrer do trabalho.

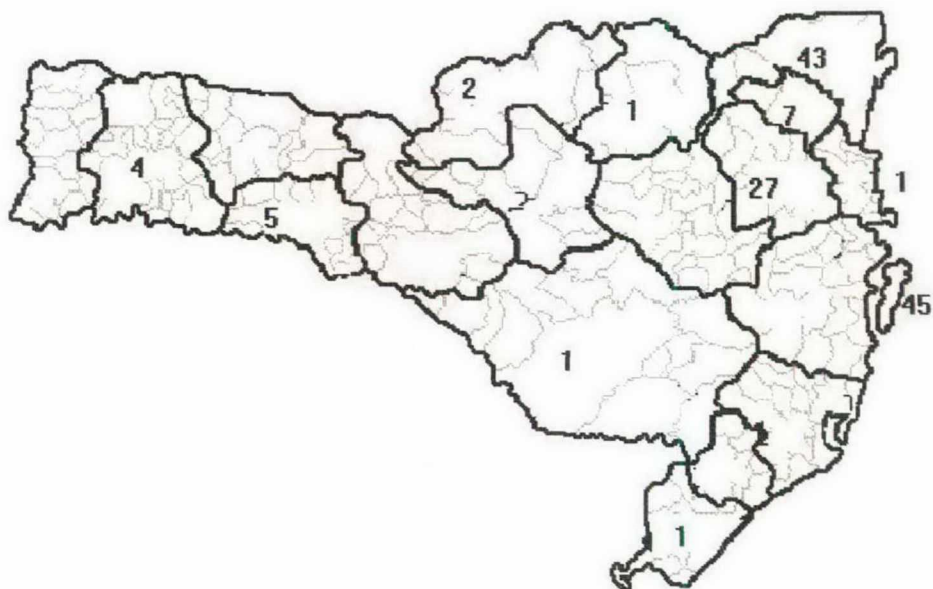
## RESULTADOS

Os resultados foram dispostos na forma de tabelas e gráficos de análise estatística e são discutidos ao longo do trabalho.

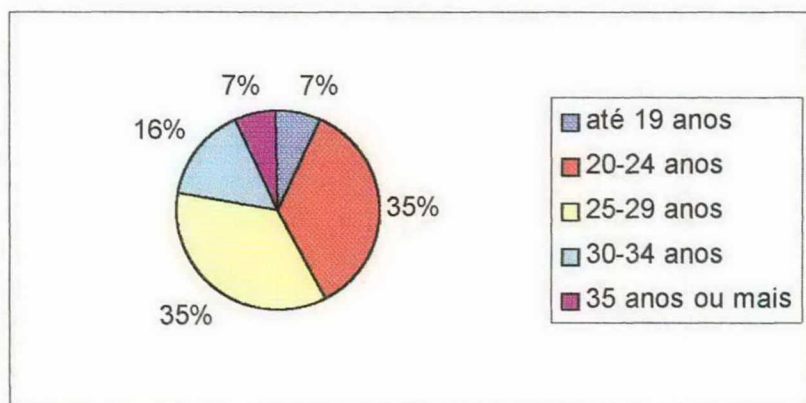
**Tabela I** – Número de gestantes HIV positivas segundo município de residência.

município de residência	número de casos
Joinville	36
Florianópolis	25
Blumenau	20
Palhoça	9
São José	5
Biguaçu	5
Concórdia	5
Chapecó	4
São Bento do Sul	4
Timbó	3
Jaraguá do Sul	3
Brusque	2
Barra Velha	2
Campo Alegre	2
Canoinhas	2
Corupá	1
Itapoá	1
Garopaba	1
Gaspar	1
Piçarras	1
Indaial	1
Lages	1
Guaramirim	1
Mafra	1
Sombrio	1

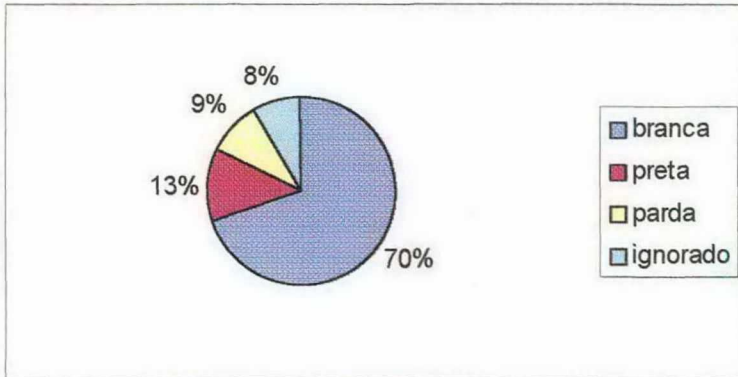
Julho/2000-maio/2001, SC.  
Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS – SC.



**Figura 1.** Número de casos de gestantes HIV positivas por regiões do estado. Julho/2000-maio/2001, SC.  
 Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS de Santa Catarina.

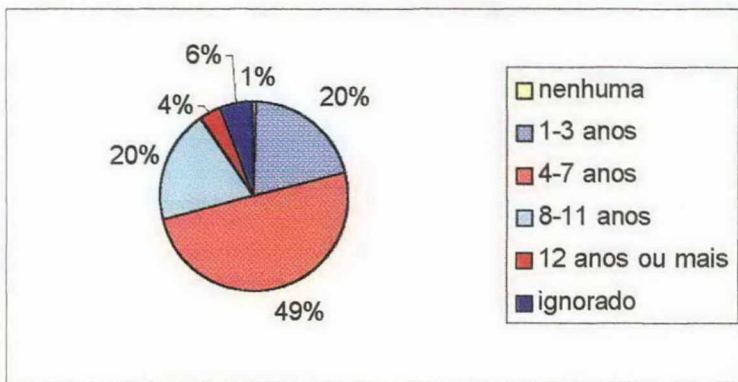


**Figura 2.** Faixa etária da gestante HIV positiva, julho/2000-maio/2001, SC.  
 Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS - SC.



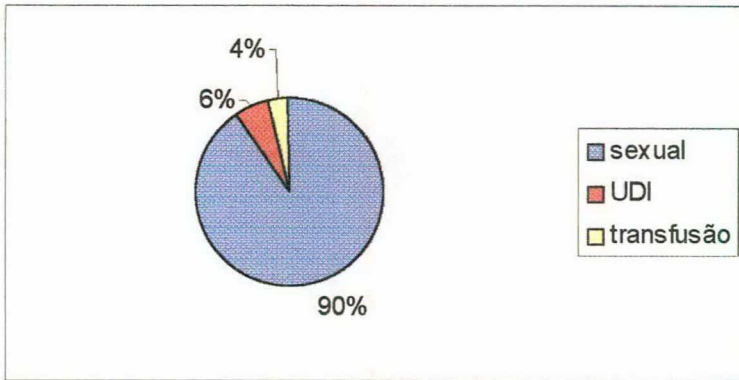
**Figura 3.** Distribuição das gestantes HIV positivas segundo raça, julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS - SC.



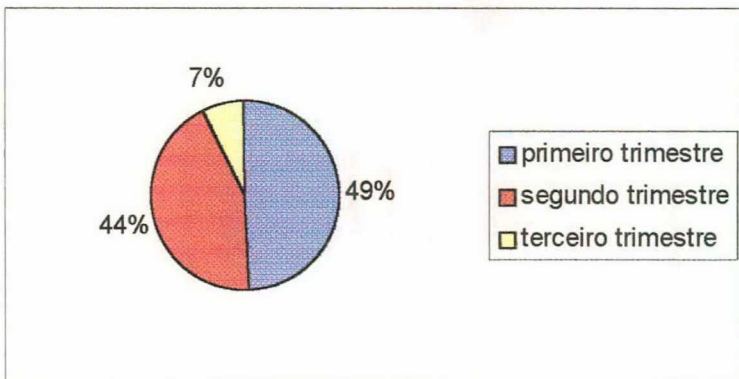
**Figura 4.** Escolaridade em anos de estudo completos das gestantes HIV positivas, julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS - SC.



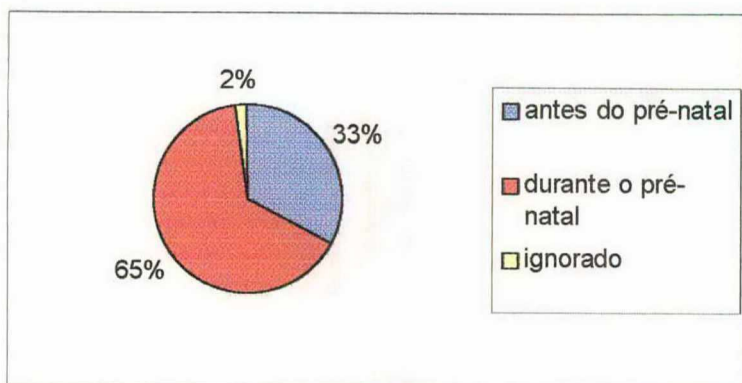
**Figura 5.** Categoria de exposição das gestantes HIV positivas, julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS – SC.



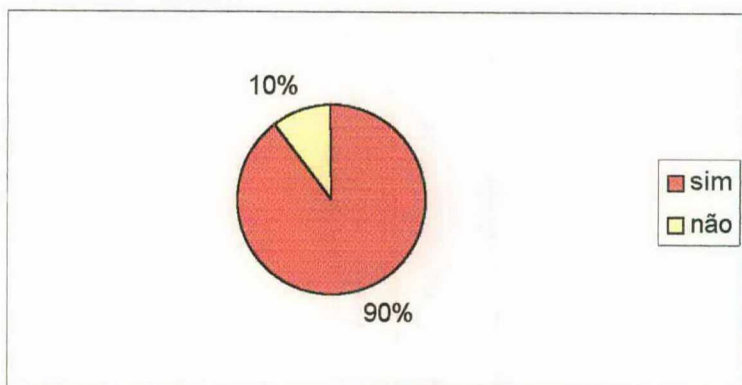
**Figura 6.** Idade gestacional da primeira consulta pré-natal da gestante HIV positiva, julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS



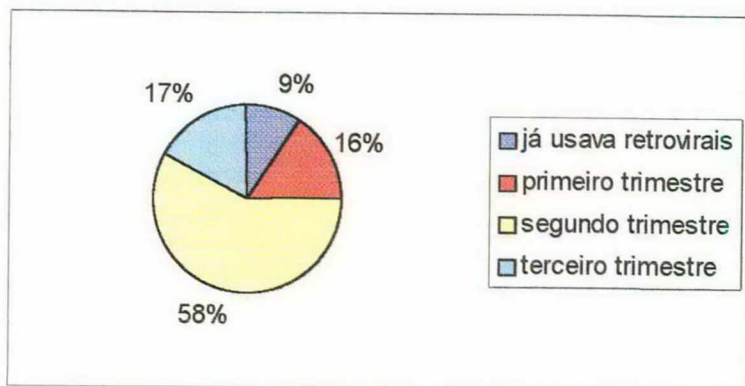
**Figura 7.** Época do diagnóstico laboratorial do HIV nas gestantes Infectadas, julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS – SC.



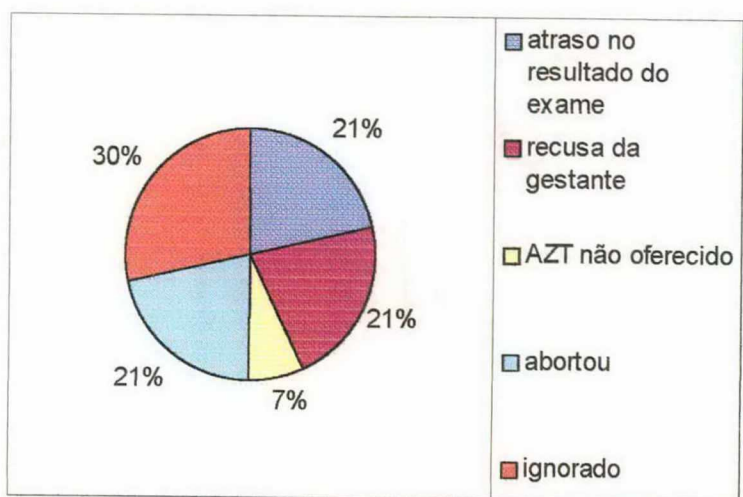
**Figura 8.** Gestantes HIV positivas que realizaram profilaxia com AZT, Julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS – SC.



**Figura 9.** Período em que foi iniciada profilaxia com AZT nas gestantes HIV positivas, julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS – SC.



**Figura 10.** Motivo pelo qual não foi realizada a profilaxia com AZT Nas gestantes HIV positivas, julho/2000-maio/2001, SC.

Fonte: Gerência Estadual DST/AIDS – SC.

## DISCUSSÃO

Discutiremos nossos resultados segundo a ordem em que foram apresentados no capítulo anterior.

No Brasil, é notável a distribuição dos casos de AIDS nas regiões Sudeste e Sul do país. Se existe menor prevalência nas demais regiões, principalmente o Nordeste, que possui alta densidade demográfica e baixa renda *per capita*, resta saber se isso se deve às precárias condições de acesso da população a saúde, diagnóstico e subsequente notificação dos casos.

De qualquer forma, observa-se que a Região Sul se tem mantido como a segunda região de maior incidência desde 1983, com exceção do triênio 1985-87, quando a Região Centro-Oeste apresentou taxas ligeiramente mais elevadas do que a Região Sul (1). Desde o início da epidemia na região, a incidência anual da aids vem apresentando uma tendência ascendente nos estados do sul do país.

O Rio Grande do Sul, estado onde teve início a epidemia de AIDS na Região Sul, manteve as mais elevadas taxas de incidência ao longo da década de 1980 (1). Em 1990, entretanto, foi ultrapassado por Santa Catarina, que tem permanecido, desde então, como a unidade federada da região Sul onde a AIDS é mais freqüente, em termos relativos.

Santa Catarina, segundo dados do Boletim Epidemiológico de dezembro de 2000, uma publicação oficial do Ministério da Saúde, abriga 7



municípios classificados entre os 100 municípios com os maiores números de casos de AIDS notificados entre 1980 a 2000. Esses casos distribuíram-se assim: Florianópolis, com um total de 1548 casos, Itajaí, com 1143 casos, Joinville, com 706 casos, Criciúma, Blumenau, São José e Balneário Camboriú, com 483, 478, 399 e 326 casos, respectivamente (5).

Na tabela 1, observamos a distribuição das gestantes HIV positivas no estado, segundo o município de residência, e destacamos alguns aspectos importantes; nessa discussão, os municípios foram agrupados de acordo com as áreas de abrangência das Gerências Regionais DST/AIDS notificadoras.

A região de Florianópolis, que agrupa os municípios de Biguaçu, Garopaba, Palhoça e São José totalizou 45 casos de gestantes soropositivas, enquanto a região de Joinville, com os municípios de Campo Alegre, Itapoá e São Bento do Sul contou 43 casos, sendo as regiões mais afetadas no estado.

A região de Blumenau somou 27 casos, a região de Jaraguá do Sul teve 6 casos, a região de Concórdia e Chapecó notificaram 5 e 4 casos respectivamente.

Um importante aspecto é o fato das regiões de Itajaí, que abrange o município de Balneário Camboriú, e a região de Criciúma, todas três cidades com alta prevalência de notificações de casos de AIDS, praticamente não participam do quadro, com apenas 1 notificação em Piçarras, na região de Itajaí. Isso certamente ocorreu devido ao atraso e a retenção das fichas de investigação nas Gerências Regionais; bem como uma possível subnotificação, opção menos provável pois essas regiões e seus profissionais de saúde são cientes da situação em que se encontram e da importância desse tipo de atividade para monitoramento e controle da epidemia.

É bastante provável que a mesma retenção de informações esteja ocorrendo em outras regiões, principalmente do Oeste, provavelmente porque as Gerências Regionais esperam um razoável acúmulo de notificações para então enviá-las todas de uma vez à capital do estado.

Desse modo, não pudemos traçar um quadro geral fidedigno em relação a distribuição das gestantes soropositivas em SC, mas retiramos informações que embasam certos aspectos; é de se esperar que a distribuição das gestantes infectadas siga o mesmo padrão do resto da população em termos de prevalência nos municípios, assim como constatamos em Florianópolis, Joinville e Blumenau.

Ainda existe outro aspecto visível nos dados coletados que é digno de nota. Segundo dados do Projeto AIDS II Desafios e propostas (Brasil, 1998), foi relatado que a epidemia no Brasil apresenta um caráter de interiorização crescente, podendo ser encontrados portadores do vírus HIV nas localidades mais longínquas do país (6). Esse processo é notado em SC, com casos em pequenas cidades como Itapoá, Sombrio e Guaramirim.

Em relação a idade da gestante HIV positiva em SC, 35% têm entre 20 e 24 anos de idade, 35% situam-se na faixa entre 25 e 29 anos de idade e 16% têm de 30 a 34 anos de idade (fig 2). É natural que essa distribuição siga a época fértil da mulher, visto que a infecção pelo HIV não relaciona-se com diminuição da fertilidade. Esse é um triste aspecto da epidemia em todo o mundo; o fato da população principalmente acometida ser jovem e estar em seu período mais produtivo, seja como força de trabalho, seja como perpetuadora da espécie (7).

De 1983 a 2000, segundo o Boletim Epidemiológico AIDS, 14% das mulheres infectadas possuíam 20 a 24 anos, 21% tinham 25 a 29 anos e 20% tinham entre 30 e 34 anos de idade (5). Quando comparados com os dados da população feminina HIV positiva do país. Assim notamos um predomínio das

idades mais jovens nas gestantes HIV positivas em comparação a população total feminina infectada. Nada mais natural, já que a mulher mais jovem gesta mais que a mais idosa. Apenas 7% das gestantes infectadas tinham acima de 34 anos, enquanto a população feminina apresenta em torno de 35% de mulheres acima dessa mesma idade.

Na (fig 3) observamos o predomínio da raça branca (74%) entre as mulheres notificadas entre julho de 2000 e maio de 2001, enquanto as raças preta e parda somaram 19% do total das gestantes HIV positivas em SC. Essas taxas são compatíveis com a população total de SC, em sua maioria formada pela raça branca, diferente da maior parte do país devido questões históricas de colonização italiana e alemã, com pequena utilização de trabalho escravo negro, que contribuiu para mestiçagem em raça parda em grande parte do país. Ademais, pode se ter a noção errada de encontrarmos um predomínio das raças parda e negra por associá-las a piores condições socioeconômicas, e por consequência a um maior risco de contrair a doença (8).

Percebe-se que essa associação de AIDS a populações mais carentes também carece de confirmação, uma vez que a epidemia não têm claras características duma doença da “pobreza”, visto que se concentra nas regiões mais ricas do país, nas áreas metropolitanas e com baixíssima presença de analfabetos. É ainda significativa a frequência, tomado o nível de escolaridade, entre aqueles com primeiro grau completo (38,1%) e segundo grau e nível superior (25,2%), contraposta à baixa frequência, já comentada, entre os analfabetos (2,8%). Essas são as estatísticas da população geral no ano de 1998 fornecidas pelo Ministério da Saúde. Mesmo assim observa-se um aumento do número de analfabetos; resta saber se isso decorre duma verdadeira pauperização da doença ou de melhoria do nível de

acesso dos pobres ao serviço de saúde, ou ainda uma melhora na coleta das informações.(6)

Na análise do nível de escolaridade da gestante infectada em SC (fig 4), observamos que a maioria das infectadas (49%) possui primeiro grau (4-7 anos de estudo), enquanto 20% possuem segundo grau (8-11 anos de estudo) e 4% tem nível universitário. Encontramos ainda apenas 1% de analfabetos. Esses dados são compatíveis com o padrão nacional discutido anteriormente, caracterizando o acesso dos infectados as escolas e a informação disponível nos grandes meios de comunicação; mesmo assim continuam se infectando.

Tratamos dum importante aspecto da mudança do caráter da epidemia ao longo dos anos ao analisarmos a figura 5: categoria de exposição da gestante infectada. Já foi enfatizado o fato da crescente inserção da mulher no cenário da AIDS, principalmente através da contaminação heterossexual em relações estáveis nas quais o parceiro, comumente o marido é usuário de drogas injetáveis ou contamina-se em relações extraconjugais homo ou heterossexuais sem proteção (2,9). Ressalta-se também o aspecto anatômico do corpo feminino que facilita a penetração do vírus; a vagina é coberta por mucosa, rica em vasos sanguíneos, o que facilita a absorção do vírus num contato prolongado com o sêmen ejaculado.(4)

Segundo dados da Gerência de DST/AIDS , utilizando o programa SINAN (sistema nacional de notificação), o número de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, do sexo feminino, contaminadas através de exposição heterossexual em SC entre 1984 e 2000 foi de 1738 mulheres, caracterizando 71% do total, enquanto 518 foram contaminadas através do uso de drogas injetáveis (20%).

As gestantes infectadas no estado de Santa Catarina no período estudado exibem extenso predomínio das relações sexuais como categoria de exposição ao

contágio pelo vírus HIV, perfazendo 90% do total. Oito gestantes (6%) relataram ser usuárias de drogas injetáveis e cinco gestantes (4%) referiram terem sido submetidas a transfusões sanguíneas. Assim é imprescindível o incentivo e a distribuição de preservativos, a adoção do sexo seguro, inclusive entre mulheres casadas cujos parceiros não são fiéis ou usam drogas injetáveis, enfrentando-se aí uma séria dificuldade psicossocial cuja discussão foge do objetivo desse trabalho.

Através da figura 6 é possível observar a época em que essas mulheres procuraram o auxílio pré-natal. Das 137 mulheres objetos de pesquisa, 49% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 44% no segundo trimestre e ainda 10% receberam o primeiro auxílio pré-natal no terceiro trimestre.

Esses dados são importantes na medida em serão relacionados com a idade gestacional de início da profilaxia com AZT, discutidos mais adiante.

De qualquer maneira é importante perceber que esses números reforçam a idéia duma razoável população ignorante em relação a necessidade de um acompanhamento pré-natal bem feito e iniciado o mais precocemente possível.

Como já foi citado anteriormente, é dever do médico oferecer a toda gestante o teste anti-HIV durante a primeira consulta pré-natal realizada com aconselhamento pré e pós teste, independente da situação de risco da mulher para infecção pelo HIV. O teste deve ser voluntário e confidencial..

A solicitação do teste anti-HIV apenas para gestantes que possuem fatores de risco é desaconselhável pois falha na identificação de um considerável número de soropositivas. O diagnóstico precoce na gestante é essencial pois otimiza seu tratamento clínico e psicológico, reduz a transmissão vertical e diminui o risco de transmissão horizontal para parceiros sexuais (10).

Em nosso país, a transmissão vertical é responsável por cerca de 90% dos casos notificados de AIDS em menores de 13 anos. Estima-se que 15 a 30% das

crianças nascidas de mães soropositivas adquirem o vírus na gestação durante o trabalho de parto ou por meio da amamentação.(11)

Em 1994, os resultados do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Groups* comprovaram que o uso do AZT pela mulher durante a gestação, trabalho de parto e parto, e pelo recém-nascido pode reduzir a transmissão vertical do HIV em cerca de 70%.

Em 1998, um estudo realizado na Tailândia demonstrou que o uso de um regime de tratamento de curta duração de AZT oral, iniciado na 36ª semana de gestação e mantido durante o trabalho de parto, sem a administração de AZT para o recém-nascido, e com substituição do aleitamento materno, foi capaz de reduzir, aproximadamente, 50% a taxa de transmissão(11).

A época em que o diagnóstico laboratorial do HIV foi estabelecido nessas gestantes catarinenses pode ser observado na figura 7.

Constatamos que 89 gestantes (65%) receberam o diagnóstico laboratorial do HIV durante a realização do pré-natal e que surpreendentemente 45 gestantes (33%) já tinham o diagnóstico antes do pré-natal. Esse dado chama a atenção pois deduz-se que a maior parte dessas 45 mulheres já possuíam diagnóstico antes de engravidarem. Se por um lado constata-se a eficiência da triagem no pré-natal, que identificou a maior parte dos casos, por outro lado as mulheres infectadas anteriormente mostram que não só não utilizam o preservativo a fim de resguardar seus parceiros, como também não possuem nenhuma orientação anticoncepcional.

Aqui parece essencial enfatizar a dificuldade na escolha de um método anticoncepcional único e eficaz visto a interrelação em prevenir a transmissão vertical e também evitar a contaminação do parceiro. Estudos têm demonstrado que as mulheres HIV positivas que usam um método anticoncepcional são menos propensas ao uso do preservativo(12). Por outro lado, o preservativo (método de

barreira) que é seguro para prevenir a transmissão se usado corretamente, não se mostra tão eficaz para evitar gestações indesejadas quanto outros métodos anticoncepcionais. Essa questão ainda é controversa.

Em estudo realizado pela Universidade Estadual de Campinas, que avaliou as mudanças do comportamento sexual em 140 mulheres soropositivas, encontrou-se um nítido aumento na prevalência do uso de anticoncepcionais, além duma diminuição do número de parceiros e de relações sexuais, porém 30% das mulheres permaneceram sem usar nenhum método anticoncepcional. Descobriu-se também que metade dos parceiros das mulheres soropositivas fazia uso consistente do preservativo, porém uma grande parcela permaneceu sem nunca usá-los(9).

Assim, o que parece mais premente em nosso meio é que essas mulheres infectadas sejam orientadas claramente quanto aos riscos e a necessidade de evitar a gestação, e estimuladas ao uso do preservativo e práticas sexuais seguras.

São recomendações do Ministério da Saúde o oferecimento do AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independente da carga viral, nível de CD4 ou estado clínico, devendo o tratamento ser iniciado em qualquer momento, a partir da 14ª semana de gestação até o parto.

Na figura 8 observamos que 90% das 137 gestantes realizaram a profilaxia com AZT e a figura 9 nos mostra que das 123 mulheres, 16% iniciou a profilaxia no primeiro trimestre, 22% realizaram a profilaxia no terceiro trimestre.

Aqui percebemos claramente que as mulheres infectadas antes do pré-natal (33%) não estão se tratando adequadamente, pois apenas 6% já utilizavam retrovirais. É sabido que a utilização do coquetel antiviral retarda o aparecimento da AIDS e reduz a morbidade das infecções oportunistas.

Percebemos ainda, que alguns profissionais médicos, no ímpeto de iniciarem logo a profilaxia, embora com nobres intenções, esqueçam-se de que deve-se

iniciar a profilaxia a partir da 14<sup>o</sup> semana para minimizar o risco de efeitos teratogênicos.

Na figura 10 são relatadas as 14 mulheres que não realizaram profilaxia. Desses 14 casos, 3 (21%) deveram-se a atraso no resultado do exame, refletindo aí talvez uma parcela cujo pré-natal foi iniciado muito tardiamente; outras 3 (21%) gestantes infectadas se recusaram a receber o AZT devido motivos culturais e religiosos.

Percebemos que a maioria das gestantes recebeu a profilaxia (90%), iniciada na época mais adequada (60% no segundo trimestre) ou não; e que houve apenas um caso em que o AZT não foi oferecido a gestante. Isso reflete os esforços do poder público e da comunidade científica no combate sem tréguas a disseminação do HIV, mas que têm um longo caminho a trilhar, e cuja barreira mais alta é a falta de conhecimento e educação da população da necessidade da prevenção como alternativa ideal, e da utilidade do tratamento precoce como propiciador duma maior sobrevida e menor mortalidade.

É vital perceber neste trabalho a importância de pesquisas nessa área; esperamos que de modo algum encerre o assunto, mas ao contrário, sirva de subsídio a estudos subsequentes, que venham aprofundar diversos aspectos aqui abordados.



## CONCLUSÃO

Através deste estudo é possível perceber que o perfil da população gestante HIV positiva de SC é de uma jovem entre 20 e 29 anos de idade, cor branca, que possui de 4 a 7 anos de estudo completos, e mora nas grandes cidades do estado, embora a epidemia exista em todo o estado. Para ter uma idéia mais precisa da distribuição geográfica das mulheres infectadas no estado é necessário o registro de todas as regiões do estado. Percebe-se que as mulheres se contaminam em sua maioria através de relações sexuais sem preservativo e que muitas delas engravidam mesmo após saberem-se soropositivas. Outro fator que chama a atenção é que ainda existe demora na procura do atendimento pré-natal por parte de algumas mulheres.

Por outro lado, o teste pré-natal tem detectado muitas gestantes infectadas com o HIV e tem-se iniciado o tratamento profilático sempre e o melhor possível.

Para finalizar, nunca é demais ressaltar o papel da sociedade como um conjunto trabalhando para o controle da epidemia através da medida mais viável: a informação. Seja o profissional de saúde dando explicações e aconselhamento, seja a mídia através de campanhas contínuas, sejam os órgãos públicos através da destinação de recursos humanos e financeiros. Em tempos da AIDS é preciso usar o preservativo e convencer as pessoas da importância disso. Só a educação e o consequente autoconhecimento fazem um povo saudável e feliz. É a busca da felicidade a única razão de todo ser humano, e não é possível alcançá-la sozinho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DST/AIDS Coordenação Nacional de, editor. A epidemia de AIDS no Brasil: situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. O'Leary S. Dossiê Panos/ Tripla ameaça: Aids e mulheres. Rio de Janeiro: ABIA; 1993.
3. Naud P. Doenças sexualmente transmissíveis e Aids. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
4. Plum JBaF. Cecil Textbook of Medicine. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1997.
5. Saúde Md, editor. Boletim Epidemiológico Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
6. Gonçalves MX. Aids e vulnerabilidade feminina: compreensão a partir de discursos de mulheres soropositivas. Rio Grande: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
7. Castilho EAd. Mulheres: a progressão da epidemia de Aids. Brasil. 1980-1997. In: Seminário de Cooperação Brasil-França; 1997; Salvador; 1997.
8. Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.
9. Magalhães J. Mulheres infectadas pelo HIV: o impacto na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica [Tese de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

10. Amaral E. As DST e o HIV na rotina da atenção integral à saúde da mulher. Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde 1998(19).
11. DST/Aids CND, editor. Recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
12. Westrupp MHB. Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV: contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/Aids [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.

## RESUMO

Este trabalho estuda o perfil epidemiológico e fatores associados ao pré-natal da gestante HIV positiva no estado de Santa Catarina, analisando dados como município de residência, idade, raça, escolaridade, idade gestacional da primeira consulta, categoria de exposição, época do diagnóstico laboratorial do HIV e época do início da profilaxia com AZT. Foram utilizados dados colhidos através das *Fichas de Investigação de Gestante HIV*

*Positiva e Criança Exposta* que foram implantadas a partir do ano 2000 pelo Ministério da Saúde. Foram 137 gestantes soropositivas notificadas entre julho de 2000 e maio de 2001. Caracteriza-se que a maior parte das gestantes é jovem (20-29 anos), branca (74%), possuem entre 4 e 7 anos de estudo completos. Concentra-se nas maiores cidades do estado, exibindo o caráter metropolitano da infecção. Sem dúvida a transmissão sexual é a responsável pela maioria dos casos (90%). A gestante HIV inicia seu pré-natal geralmente no primeiro trimestre (49%), porém uma parcela substancial ainda realiza a primeira consulta tardiamente. A maior parte dessas gestantes obteve o diagnóstico laboratorial do HIV durante o pré-natal, porém é alarmante o número de casos de gestações presumivelmente ocorridas após o diagnóstico. Das 137 gestantes infectadas, 90% realizaram profilaxia com AZT, na maior parte das vezes iniciada durante o segundo trimestre de gestação.

## SUMMARY

The present work studies the epidemiologic profile and associated factors with pre-birth following of HIV infected pregnant women in Santa Catarina by analysing the residence city, age, race and schoolarity data, as well as, gestational week of first pre-birth visit, way of contamination, period of laboratory diagnosis and beginning period of AZT profilaxis. These data were obtained of *HIV Infected Pregnant and Exposed Child Investigacion File*, which were distributed by Brazil Wealth Ministry since 2000. There were 137 HIV infected pregnant women notified from July of 2000 to May of 2001. The majority being young (20-29 years old), white (74%), and having 4 to 7 years of study. They are living in the biggest cities, exhibiting the metropolitan aspect of the disease. There's no doubt the sexual transmission is responsible for most of cases (90%). The pregnant HIV infected women usually begins the pre-birth following at first trimester, but a significant number still beginning too late. The most of this women received the laboratory diagnosis of HIV during the pre-birth following, although many women probably got pregnant after the HIV diagnosis. Of all 137 pregnant HIV infected women, 90% have done profilaxy with AZT, the most of this at the second trimester.

# ANEXOS

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTES HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS**

Dados Gerais

1 Município de notificação  Código (IBGE)  2 Data da notificação

3 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)  Código

4 Nome da gestante/parturiente/puérpera

5 Data de nascimento  6 (ou) Idade  7 Número do cartão SUS  8 Raça/cor   
1-Branca 2-Preta 3-Amarela  
4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

9 Município de residência  Código (IBGE)  10 UF

11 Área de residência  Código  12 Bairro  Código

13 Endereço  14 Número

15 Escolaridade (em anos de estudo concluídos)  1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7  
4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Ignorado

16 Nome da mãe

**Categoria de Exposição da Gestante/Parturiente/Puérpera**

Categoria de Exposição

17 Categoria de exposição da gestante/parturiente/puérpera 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sexual                                     | <input type="checkbox"/> Transmissão vertical            |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis                   | <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico |
| <input type="checkbox"/> História de transfusão de sangue/derivados | <input type="checkbox"/> Ignorada                        |

**Pré-Natal**

Dados Pré-Natal

18 Unidade de realização do pré-natal:  Código

19 Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal:  semana(s) 20 Data provável do parto:

21 Diagnóstico laboratorial do HIV:  1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante ou após o parto

22 Caso confirmado de aids:  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 23 Usa anti-retrovirais:  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

24 Idade gestacional no início da profilaxia com AZT:  semana(s)

25 Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV | <input type="checkbox"/> AZT não disponível    |
| <input type="checkbox"/> Recusa da gestante                    | <input type="checkbox"/> AZT não foi oferecido |

Outros motivos:

## Parto

26 Unidade de realização do parto:	Código
27 Data do parto:	28 Idade gestacional: <input type="text"/> semana(s)
29 Fez pré-natal? <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	30 Se sim, nº consultas:
32 Tempo total de uso de AZT oral (semanas): <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 8 2 - 9 a 16 3 - 17 a 25 4 - 26 e mais 5 - não usou	31 Unidade pré-natal
33 Tempo de ruptura das membranas (horas): <input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado	Código
34 Tipo de parto: <input type="checkbox"/> 1 - Normal 2 - Cesáreo 3 - Aborto	35 Gestação múltipla: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não
36 Fez uso de AZT durante o parto: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado	
37 Outro(s) anti-retroviral(is): <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado	38 Se utilizou, qual(is):
39 Criança: <input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto	
40 Início do AZT xarope (horas): <input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não realizado 9 - ignorado	

## Criança

41 Unidade de acompanhamento da criança:	Código												
42 Nome da criança:	43 Data de nascimento												
44 Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - masculino 2 - feminino	45 Local de nascimento:												
46 Aleitamento materno: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	47 Se sim, tempo (dias):												
48 Aleitamento cruzado: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	49 Se sim, tempo (dias):												
50 Tempo total de uso de AZT oral (semanas): <input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou													
51 Utilizou outro(s) anti-retroviral(is): <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado	52 Se utilizou, qual(is):												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Dados laboratoriais:</th> <th style="width: 30%;">Data da coleta</th> <th style="width: 40%;">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>53 Carga viral (1ª)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável</td> </tr> <tr> <td>54 Carga viral (2ª)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável</td> </tr> <tr> <td>55 Carga viral (3ª)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável</td> </tr> </tbody> </table>		Dados laboratoriais:	Data da coleta	Resultado	53 Carga viral (1ª)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	54 Carga viral (2ª)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	55 Carga viral (3ª)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável
Dados laboratoriais:	Data da coleta	Resultado											
53 Carga viral (1ª)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável											
54 Carga viral (2ª)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável											
55 Carga viral (3ª)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável											
56 Sorologia anti-HIV aos 24 meses													
57 Situação aos 24 meses: <input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento/óbito	58 Óbito: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado												
59 Se sim, data do óbito:													
60 Causa do óbito relacionada à aids: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado													
61 Responsável pelo preenchimento:													
62 Data:													



*“Então o mundo explodiu  
Lançou fogos e dons pelos céus  
Lançou corpos e almas  
E o mundo já não é mais o mesmo  
Foi novamente além  
E me levou junto  
Se não posso voar  
Meu espírito pode, e voa  
Se não morro ele vive  
Se morro vivo com ele  
Nós escrevemos sem canetas  
E lemos sem livros  
Cada ponto é cada pedaço  
E cada pedaço é um fragmento duma dimensão maior que a primeira  
Nessa concepção nos movemos sem caminhar  
Rezando pro que somos  
Transcendendo.”*

*O Autor*

**TCC  
UFSC  
SP  
0033**

**N.Cham. TCC UFSC SP 0033**  
**Autor: Lermen Junior, And**  
**Título: Perfil epidemiológico da gestant**



972809630 Ac. 254111

**Ex.1**

Ex.1 UFSC BSCCSM