

**ALINE DA ROCHA LINO**

**ANÁLISE CRÍTICA DA TESTAGEM PARA HIV DURANTE  
O PRÉ-NATAL EM GESTANTES ADMITIDAS NA  
MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

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

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2009**

**ALINE DA ROCHA LINO**

**ANÁLISE CRÍTICA DA TESTAGEM PARA HIV DURANTE  
O PRÉ-NATAL EM GESTANTES ADMITIDAS NA  
MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

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

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**

**Professor Orientador: Prof. Dr. Jorge Abi Saab Neto**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2009**

*DEDICO ESTE TRABALHO, À MINHA MÃE, MARIA ROSA DA ROCHA, POR ME PERMITIR EXISTIR E SONHAR, POR ME DAR SEMPRE TODA FORÇA E APOIO NECESSÁRIOS, POR TER SIDO MEU MAIOR EXEMPLO DE PERSEVERANÇA E A PRINCIPAL MOTIVAÇÃO, NÃO SOMENTE PARA REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO, MAS PARA TODA TRAJETÓRIA ATÉ AGORA PERCORRIDA.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela possibilidade da vida, por colocar em mim a perseverança de lutar por todos os ideais, por tudo que sou e tenho e por colocar em minha caminhada tantas pessoas especiais.

Ao professor **Dr. Jorge Abi Saab**, fundamental na realização desta pesquisa. Gostaria de agradecer pela paciência, disponibilidade e maestria com a qual me orientou. Seu profissionalismo e organização serão exemplo para esta e futuras etapas de minha vida.

A **minha família**, pelo companheirismo, doação, partilha, apoio incondicional e, principalmente, por me ensinar os mais importantes princípios da vida.

Ao **Guilherme**, namorado, amigo e companheiro para todos os momentos. Fiel no exercício do amor, da paciência, amparo e carinho. Obrigada por toda ajuda na realização deste trabalho.

Aos meus **amigos de turma**, por me ouvir e apoiar, não apenas nos momentos festivos, mas também nos mais estressantes. Com certeza meus seis anos de graduação foram mais felizes e marcantes devido à companhia de vocês.

Aos **funcionários** do centro de estudos e centro obstétrico da Maternidade Carmela Dutra por toda ajuda e amizade durante a realização deste trabalho.

## RESUMO

**Objetivos:** Determinar a prevalência de testagem para HIV no pré-natal e os fatores associados à não realização, além de avaliar a soroconversão para HIV na gestação, em parturientes admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra (MCD).

**Métodos:** Foram analisados todos os testes rápidos para HIV realizados entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2008 (grupo 1) e desempenhado testagem rápida em todas as mulheres que não possuíam comprovação sorológica para HIV no 3º trimestre (grupo 2).

**Resultados:** Das 3.283 gestantes que tiveram partos em 2008, 10,47% chegaram à maternidade sem prova documental de testagem para HIV na gestação. Quanto aos motivos: 13,1% das mulheres não realizaram pré-natal (PN), 33,7% não tiveram exame solicitado, em 20,9% o resultado não ficou pronto, em 18% não havia resultado anotado no cartão de PN e 14,2% das pacientes não portavam o cartão no momento de internação. No que se refere à data de realização do exame anti-HIV, 83,8% submeteram-se à testagem apenas no 1º trimestre.

**Conclusões:** A cobertura do pré-natal em nosso meio é quantitativamente adequada, mas não qualitativamente, ainda ocorrendo ausência de testagem de HIV na gestação em mais de 10% das grávidas e, aquelas que são testadas, o são somente no 1º trimestre.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of HIV screening on prenatal care and the factors associated to the non-performing, in addition to evaluate the seroconversion for HIV in pregnancy, on pregnant women admitted for labor at the Maternidade Carmela Dutra (MCD).

**Method:** All the rapid tests for HIV performed between 1<sup>st</sup> January and 31<sup>st</sup> December of 2008 had been analyzed (group 1) and rapid testing were performed in all the women who did not owned serologic evidence for HIV at 3<sup>rd</sup> trimester (group 2).

**Results:** Of all the 3283 pregnant women that had labored in 2008, 10.47% had arrived at the maternity without documented evidence of HIV screening in the pregnancy. Regarding the causes: 13.1% of the women had not carried out prenatal care (PN), 33.7% did not have the testing requested, in 20.9% the results were not ready, in 18% the results were not written on the PN card and 14.2% of the patients did not carried the card at moment of admission. Regarding the date of the anti-HIV examination, 83.8% had been submitted to the screening test only in 1<sup>st</sup> trimester.

**Conclusions:** The coverage of the prenatal care at our environment is quantitatively proper, but not qualitatively, still occurring absence of HIV screening in more than 10% of the pregnant women and, those ones that were tested, had it performed only at the 1<sup>st</sup> trimester.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos e coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de parto. Brasil, 2000-2008.....	3
Tabela 2 - Frequência da testagem para HIV na gestação em grávidas admitidas para o parto na MCD no ano 2008.....	11
Tabela 3 - Distribuição quanto às causas para ausência de testagem para HIV no pré-natal em gestantes admitidas para o parto na MCD no ano de 2008.....	12
Tabela 4 - Frequência de positividade do TR nas gestantes admitidas para o parto na MCD sem comprovação de testagem no pré-natal, durante o ano de 2008.....	12
Tabela 5 - Distribuição da população estudada conforme faixa etária.....	13
Tabela 6 - Distribuição das gestantes quanto ao grau de relação com parceiro sexual.....	13
Tabela 7 - Número de consultas realizadas no pré-natal.....	14
Tabela 8 - Distribuição das parturientes quanto à idade gestacional no momento do parto.....	14
Tabela 9 - Data de realização do exame anti-HIV.....	15

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência humana adquirida
ACTG 076	Protocolo 076 do grupo de ensaio clínico sobre AIDS pediátrica
AZT	Zidovudina
CV	Carga viral
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ELISA	Ensaio imunoenzimático
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
MCD	Maternidade Carmela Dutra
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PN DST/AIDS	Programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS
PN	Pré-natal
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SVS	Sistema de vigilância em saúde
TARV	Terapia antirretroviral
UF	Unidade da federação



## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA .....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	vi
LISTA DE TABELAS .....	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	viii
SUMÁRIO .....	ix
1 INTRODUÇÃO .....	1
2 OBJETIVOS .....	7
2.1 Objetivo geral.....	7
2.2 Objetivos secundários .....	7
3 MÉTODOS .....	8
3.1 Delineamento do estudo .....	8
3.2 Local.....	8
3.3 Amostra.....	8
3.3.1 Critérios de inclusão.....	8
3.3.2 Critérios de exclusão .....	9
3.4 Procedimentos/Instrumentos.....	9
3.5 Análise estatística.....	10
3.6 Aspectos éticos.....	10
4 RESULTADOS .....	11
5 DISCUSSÃO .....	16

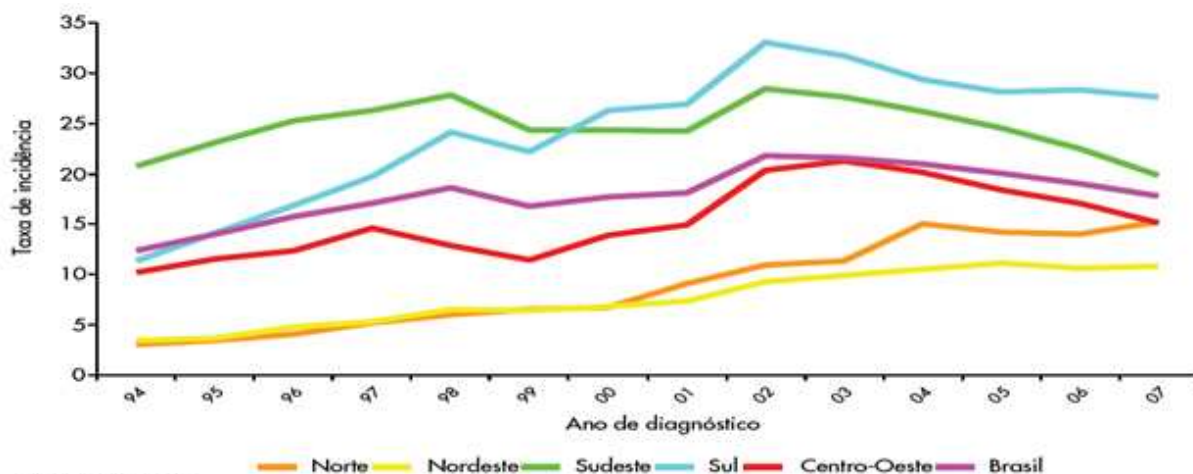
6 CONCLUSÃO .....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
NORMAS ADOTADAS.....	25
ANEXOS .....	26
Anexo I – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	27
Anexo II – Questionário.....	28

## 1 INTRODUÇÃO

Desde sua identificação em 1980, a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, habitualmente conhecida como AIDS, tornou-se um verdadeiro marco na história da humanidade. Atualmente, destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande extensão e magnitude dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral.<sup>1</sup>

Em todo o mundo, existem aproximadamente 33 milhões de portadores do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Desse total, apenas três milhões têm acesso ao tratamento antirretroviral, ou seja, somente um terço daqueles que precisam dos medicamentos estão sendo tratados.<sup>2</sup> Apenas no ano de 2007, ocorreram 2,7 milhões de novos casos da infecção. Para completar o panorama internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que 7.400 pessoas sejam infectadas diariamente pelo vírus HIV no mundo, 45% delas têm entre 15 e 24 anos.<sup>3</sup>

No Brasil, já foram identificados 506.499 casos de AIDS de 1980 a junho de 2008.<sup>4</sup>



FONTE: MS/SVS/PN-DSE/AIDS  
 POPULAÇÃO: MS/SE/DAMASUS, em <www.datasus.gov.br/informações-em-saúde> acessado em 05/11/2008  
 \*Casos notificados no SINAN, registrados no SISCEL/SICLON até 30/06/2008 e no SIM de 2000 a 2007.  
 Dados preliminares para os últimos 5 anos.

**Figura 1** – Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes), segundo residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1994-2007

Conforme demonstra a figura acima, ao se analisar as diferentes regiões do país, percebe-se que a região Sul, juntamente com a Sudeste, somou o maior número de casos de AIDS em todo Brasil, no período de 1994 e 2007.<sup>4</sup>

Pelos dados mundiais e nacionais descritos, compreendemos que a epidemia da infecção pelo HIV e da AIDS constitui um fenômeno global, além de dinâmico e instável. Inicialmente encontrava-se restrita aos grandes centros urbanos, entre pessoas de alto nível socioeconômico e fundamentalmente entre homossexuais masculinos; tanto que, os primeiros casos conhecidos nos Estados Unidos na década de 80, eram rotulados de “peste gay”.<sup>1</sup> Ao longo dos anos, a epidemia foi sofrendo transformações epidemiológicas significativas, dentre as quais podemos destacar: heterossexualização, interiorização, pauperização e especialmente feminização.<sup>5</sup> Presentemente, no Brasil, a via de transmissão heterossexual compõe a mais importante característica da dinâmica epidemia, fundamentalmente por resultar no crescimento substancial de casos em mulheres.<sup>1</sup>

Ao avaliar-se a evolução cronológica das taxas de prevalência de AIDS entre as mulheres, verifica-se que os números não são favoráveis a este segmento populacional,<sup>6</sup> pois em 1983 a proporção de casos no Brasil era de 40 homens infectados para cada mulher, chegando em 2002 à razão de 1,5/1.<sup>4</sup>

Como tal acréscimo ocorreu fundamentalmente entre as mulheres da faixa etária entre 25-39 anos, ou seja, em plena idade reprodutiva, a conseqüência lógica foi o aumento do número de casos de transmissão materno-infantil desse vírus.<sup>3,7</sup> Dessa forma, a transmissão vertical constitui atualmente a principal via de infecção pelo HIV da população infantil, sendo responsável por mais de 95% dos casos de AIDS pediátrica.<sup>8</sup>

Nesse sentido, com o objetivo de monitorar a disseminação da infecção pelo HIV em Portaria nº 993, em 04 de setembro de 2000, foi-se instituída a vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva. Desde sua implantação em 2000, foram notificados 41.777 casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados apresentados na tabela abaixo demonstram a distribuição anual dos casos de gestantes infectadas pelo HIV, segundo o estado de residência e o ano do parto. Destacamos que, em 2006, a região Sul, entre as demais regiões brasileiras, apresentou o 2º maior coeficiente de infecção por HIV em gestantes, cerca de 5,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos.<sup>4</sup>

**Tabela 1** - Gestantes infectadas pelo HIV (casos e coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de parto. Brasil, 2000-2008

UF de Residência	2000 -	2002 -	2004 -	2006 -	2008*	Total
	2001	2003	2005	2007	n°	n°
	n°	n°	n°	n°	n°	n°
<b>BRASIL</b>	5.228	10.657	12.153	12.031	1.708*	41.777
<b>Norte</b>	62	224	513	799	100*	1.698
<b>Nordeste</b>	431	1.240	1.576	1.906	219*	5.372
<b>Sudeste</b>	2.849	4.977	5.595	4.946	664*	19.031
<b>Centro-Oeste</b>	306	600	621	604	63*	2.194
<b>Sul</b>	1.580	3.616	3.848	3.776	662*	13.482
<b>PR</b>	336	557	680	685	122*	2.380
<b>SC</b>	378	779	886	886	199*	3.128
<b>RS</b>	866	2.280	2.282	2.205	341*	7.974

Fonte: MS/SVS/PH-DST/AIDS.

\*Casos notificados até 30/06/2008.

Apenas nos EUA, 7.000 mulheres infectadas pelo HIV dão a luz anualmente.<sup>9</sup> Ademais, até o ano de 2007, já havia 2 milhões de casos de AIDS pediátricas confirmados.<sup>10</sup> Como até o presente momento, ainda não foram desenvolvidos tratamentos curativos nem uma vacina anti-HIV eficaz, a melhor estratégia para combater a infecção perinatal continua sendo a prevenção, o que torna fundamental a compreensão dos mecanismos de transmissão.<sup>11</sup>

O HIV, um vírus pertencente à classe dos retrovírus, pode ocorrer na forma de HIV tipo 1 ou HIV tipo 2, sendo o primeiro tipo, o principal responsável pelos casos de infecção humana.<sup>7</sup> O HIV necessita interagir com um receptor de membrana denominado CD4 e pelo menos dois correceptores, CCR5 e CXCR4, para penetrar em suas células hospedeiras; dessa forma, possui tropismo por: linfócitos Th, células dendríticas e macrófagos. Ao entrar nas mesmas, o HIV passa a fazer parte de seu código genético, utilizando-as para fazer cópias de si mesmo; a partir desse ponto, as células do sistema imunológico da pessoa infectada pelo vírus começam a funcionar com menor eficiência e, com o tempo, a habilidade do organismo em combater doenças comuns diminui, deixando a pessoa sujeita ao aparecimento de enorme variabilidade de doenças e infecções.

O vírus da imunodeficiência humana pode ser transmitido de uma mulher infectada para seu feto ou recém-nascido durante a gravidez, trabalho de parto, parto e durante o período

puerperal pela amamentação.<sup>7</sup> Embora a transmissão vertical possa ocorrer desde a oitava semana de gestação, pelo menos metade dos casos de infecção fetal acontece imediatamente antes ou durante o parto, e a amamentação pode aumentar a taxa de transmissão em até 20%.<sup>12</sup>

De maneira geral, a taxa de transmissão vertical é de 40%.<sup>12</sup> Contudo, se medidas preventivas forem adotadas corretamente, a taxa de transmissão cai para 1% a 2%;<sup>12</sup> entre essas medidas, encontramos: utilização de drogas antirretrovirais durante a gestação e trabalho de parto, realização de operação cesariana eletiva e evitar aleitamento materno.<sup>13</sup> Entre os medicamentos antirretrovirais, a zidovudina (AZT) é a droga de escolha em gestantes e também em recém-nascidos.<sup>12</sup> A avaliação de segurança e eficácia do uso do AZT na prevenção da transmissão do HIV na gestação e parto foi realizada em estudos multicêntricos, o principal foi o ACTG 076 (*Paediatric AIDS Clinical Trial Group*, protocolo 076) nos Estados Unidos e na França. Esses trabalhos evidenciaram que nos casos em que a gestante recebeu AZT oral a partir da 14ª semana de gestação mais AZT venoso durante o trabalho de parto, e a criança recebeu AZT solução oral durante 6 semanas, houve uma redução de 70% na taxa de transmissão vertical.<sup>12</sup> Quanto a via de parto, a cesárea traz benefício adicional, quando realizada antes do início do trabalho de parto, para poder evitar principalmente as microtransfusões materno-fetais ocorridas durante as contrações uterinas.<sup>14</sup> Contudo, o principal parâmetro a ser analisado para escolha da via de parto é a carga viral (CV) materna após 34 semanas de gestação.<sup>12</sup>

Em âmbito nacional, a terapia antirretroviral (TARV) passou a ser garantida gratuita e universalmente aos portadores de HIV a partir da Lei Federal 9.313 de 13/11/1996 datada de 1996. A partir de 1998, o consenso terapêutico de TARV para adultos e adolescentes já incluía a possibilidade de uso dessa terapia combinada em gestantes. Em 2001, o Ministério da Saúde constituiu um comitê assessor com atribuição específica de incorporar à política brasileira recomendações de uso de TARV em gestantes e outras diretrizes para a redução da transmissão vertical do HIV, em que riscos e benefícios materno-fetais são considerados e balanceados. Com isso, a partir desse ano, ficou estabelecido no Brasil o uso de TARV em gestantes, de acordo com os resultados da avaliação do estado clínico e dos exames de contagem do número de linfócitos T-CD4+ e de quantificação da carga viral da gestante.<sup>15</sup> Estabeleceram-se também, nesse momento, os critérios para a definição da via de parto com base no nível de carga viral materna aferido a partir da 34ª semana de gestação. A quimioprofilaxia com o AZT intravenoso deve iniciar três horas antes da intervenção, a fim de possibilitar proteção da criança ao HIV.<sup>15</sup>

Contudo, apesar da respeitável disponibilidade das intervenções profiláticas oferecidas no Brasil para minimizar a transmissão vertical do HIV, a administração de medicação para profilaxia desse modo de transmissão ainda ocorre em menos de 50% dos partos de mulheres estimadas como infectadas pelo vírus.<sup>16</sup> E a cobertura da testagem para infecção do HIV durante o pré-natal (PN) está abaixo de 40%, conforme dados preliminares do Sistema de Informação em Saúde no Pré-Natal e estimativas da Coordenação Nacional de DST/AIDS.<sup>12</sup> Para diagnóstico de HIV, se fazem necessários um teste de rastreio positivo e um teste confirmatório positivo. O teste *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) é o exame mais utilizado para rastreio por ser de fácil execução, custo relativamente baixo e sensibilidade extremamente elevada (> 99%). Já o *Western-blot* é considerado "padrão ouro" como teste confirmatório, tendo alta especificidade (em torno de 99,7%) e sensibilidade (> 99%), embora seja o mais oneroso.<sup>7</sup> O Ministério da Saúde recomenda que a gestante seja testada para HIV no 1º e 3º trimestres e, caso chegue à maternidade sem nenhum teste durante toda a gestação, ou não tenha sido testada no 3º trimestre, deve ser realizado um teste rápido, como triagem, no momento da sua admissão.<sup>17</sup>

O teste de diagnóstico rápido da infecção pelo HIV no momento da internação são os "testes rápidos", que são simples, de fácil realização e baixo custo, possibilitando, ainda, a leitura em 15 minutos e, com isso, permitem agilizar uma série de medidas no sentido de administrar o AZT endovenoso para essas parturientes e iniciar o processo de aderência ao não aleitamento.<sup>14</sup> E ainda, este tipo de teste já comprovou apresentar 100% de sensibilidade e 99,98% de especificidade.<sup>3</sup>

Sem dúvidas, apenas poderemos tratar e acompanhar os possíveis bebês infectados se soubermos, ao certo, seu estado sorológico.<sup>18</sup> E aqui chegamos a um ponto fundamental, além da cobertura para testagem do HIV ser baixa durante a gestação em nosso país, muitas das gestantes que são testadas para o HIV, chegam à maternidade no momento do parto apenas com o resultado de um único exame de teste de HIV às mãos, sendo que este fora realizado geralmente no primeiro ou segundo trimestre de gestação, dessa forma, elas são admitidas como negativas para HIV e, assim, nenhuma medida profilática é adotada e o recém-nascido não é testado para HIV.

No entanto, esquece-se que essas gestantes podem, mesmo portando um exame anti-HIV negativo realizado nos dois primeiros trimestres, estar infectada pelo HIV no momento do parto.<sup>19</sup> Tal fato pode decorrer de terem sido infectadas após a testagem (por exemplo, no último trimestre de gestação) ou, então, no momento em que foram testadas (no caso, nos dois primeiros

trimestres) estivessem em período de janela imunológica. E aqui vale ressaltar que somente existirão anticorpos circulantes no sangue de um indivíduo infectado pelo HIV depois de decorrido quatro a oito semanas (média de aproximadamente dois meses) da aquisição do vírus.<sup>7</sup> Como os exames de testagem de HIV somente detectam os anticorpos virais e não o HIV em si, uma pessoa já infectada pode ter um teste anti-HIV negativo durante os primeiros dois meses.

Deste modo, sabendo que a infecção pelo HIV traz danos vultosos ao bebê e que existe a possibilidade de reduzir tal transmissão em até 70% através de tratamento antirretroviral, conhecendo também que dois terços dos casos de transmissão vertical ocorrem no período periparto e durante a amamentação, torna-se imprescindível conhecer ao certo o estado sorológico quanto ao HIV de todas as gestantes no momento que antecede o nascimento e, assim, evitar a transmissão para o recém-nascido.<sup>9</sup>

Nesse sentido, essa pesquisa se propõe a avaliar as gestantes que necessitaram realizar teste rápido por não apresentarem prova documental de qualquer sorologia para HIV ao longo da gestação, bem como avaliar uma possível viragem sorológica, por meio de teste rápido durante o trabalho de parto nas gestantes com resultado de HIV negativo nos dois primeiros trimestres.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Determinar a prevalência da testagem para HIV durante o pré-natal, bem como avaliar os fatores associados à não realização e ao não recebimento do teste, em gestantes admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra (MCD) de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2008.

### **2.2 Objetivos secundários**

- 1) Avaliar a soroconversão para HIV durante a gestação.
- 2) Determinar a média da idade gestacional no momento do parto.
- 3) Analisar o número médio de consultas de pré-natal realizadas.
- 4) Verificar o estado civil e a idade média das pacientes ao final da gestação.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, observacional e misto, com componente retrospectivo e prospectivo.

### **3.2 Local**

A presente pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra, localizada na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

### **3.3 Amostra**

A presente pesquisa foi constituída por dois grupos de estudo.

O grupo 1 foi formado por gestantes admitidas para o parto sem testagem para HIV no pré-natal, bem como o motivo da não realização ou do não recebimento, no período de 1º janeiro a 31 de dezembro de 2008.

O grupo 2 foi composto por 261 grávidas sem testagem para HIV durante o 3º trimestre da gestação e que foram submetidas à pesquisa para HIV no momento do parto, a fim de se avaliar possível viragem sorológica. As participantes desse grupo foram selecionadas de forma aleatória e pesquisadas em diferentes horários de dias alternados, no período de 04 de agosto a 31 de dezembro de 2008.

#### **3.3.1. Critérios de Inclusão**

No grupo 1, foram compreendidas todas as gestantes admitidas para o parto sem testagem para HIV no pré-natal. E no grupo 2, foram incluídas gestantes que se propuseram a participar da presente pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I), o qual salientava à gestante o fato de que a recusa em participar do estudo não iria alterar os serviços prestados pela instituição.

### **3.3.2. Critérios de Exclusão**

Para o grupo 1 não houve critérios de exclusão. Enquanto que, para o 2º grupo foram excluídas todas as parturientes que não concordaram em participar do estudo, se recusando a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **3.4 Procedimentos/Instrumentos**

O processamento no 1º grupo se deu pela análise do fichário, localizado na sala de parto da Maternidade Carmela Dutra, onde ficam registrados todos os testes rápidos para HIV realizados em gestantes dessa instituição. Do fichário foram coletados, pela pesquisadora principal, os seguintes dados: número de testes rápidos realizados no ano de 2008, motivo pelo qual cada um fora feito e o resultado dos mesmos. A realização da testagem rápida para HIV se deu da seguinte forma: após ser dada correta elucidação sobre o procedimento à gestante, um profissional de saúde, na sala de parto, realizou o teste rápido, doado pelo Ministério da Saúde, colhendo-se amostra de sangue da parturiente por meio de punção digital. O princípio do teste rápido em pauta é imunocromatográfico, detectando qualitativamente anticorpos contra o HIV tipos 1 e 2. O resultado era, então, anotado no fichário. Fora considerado como resultado positivo, quando houve aparecimento de duas barras vermelhas (uma no espaço correspondente ao controle e outra no espaço correspondente à amostra da paciente); como resultado negativo, quando a barra vermelha apareceu apenas no controle e, como resultado inválido, quando não se observou nenhuma barra, nem mesmo no controle. Ressalta-se que o único momento de dor sentida pela parturiente foi o da “picada” da agulha em polpa digital para realização do teste rápido, sendo previamente comunicado.

O grupo 2 foi pesquisado da seguinte forma: após o profissional de saúde detectar que a parturiente não havia sido testada para HIV no 3º trimestre, era realizada adequada explicação sobre a pesquisa; quando a gestante concordava em participar através da assinatura do termo livre de consentimento (Anexo I) era, então, submetida à realização de teste rápido para HIV, conforme anteriormente explicado. Além do resultado do teste rápido ser anotado em um questionário (Anexo II), também foram coletadas informações, como grau de relação com parceiro sexual, e dados contidos no cartão de pré-natal, como idade gestacional, número de consultas de pré-natal, trimestre que realizou a avaliação sorológica para HIV e seu respectivo resultado. Quanto ao estado civil, foi considerado como casado quando relatado união estável, e

solteira quando não satisfizesse essa primeira opção. Através da data da última menstruação, ou quando essa não era precisa, mas havia ultrassonografia de 1º trimestre, foi calculada a idade gestacional. Considerou-se que, a realização do exame anti-HIV fora feita no pré-natal, quando havia registro do resultado do exame no cartão de pré-natal trazido pela gestante ou a mesma portava o próprio laudo do exame.

Tanto para o grupo 1, quanto para o grupo 2, é necessário ressaltar que não foram utilizados dados de identificação (nome, endereço completo, número de registro), ficando assegurada a privacidade das participantes.

Caso o resultado do teste fosse positivo, em ambos os grupos, seriam adotadas as devidas medidas profiláticas de transmissão vertical tanto para mãe, quanto para o recém-nascido, conforme recomendado pelo MS. A seguir, seria coletado sangue periférico da parturiente a fim de realizar-se teste confirmatório para HIV e, se o mesmo ratificasse o diagnóstico, a paciente receberia antes da alta hospitalar, encaminhamento para adequado seguimento do tratamento em setor especializado, assim como seu filho, para o qual também se disponibilizaria a fórmula infantil para alimentação, fornecida também pelo Ministério da Saúde.

### **3.5 Análise Estatística**

Os dados foram catalogados em bancos de dados no programa Microsoft Excel 2007®. Posteriormente, deu-se a análise estatística adequada dos dados, utilizando-se frequências, porcentagens e médias.

### **3.6 Aspectos Éticos**

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra, sob número 0015.0.233.000-08.

## 4 RESULTADOS

De 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2008, ocorreram 3.283 partos na Maternidade Carmela Dutra. Desse total, 615 parturientes fizeram parte da presente pesquisa, compondo nossa amostra. Das 615 participantes, 344 formaram o grupo 1 e 271 compuseram o grupo 2.

No grupo 1, das 3.283 gestantes que tiveram partos no ano de 2008, 344 (10,47%) chegaram à maternidade sem prova documental de testagem sorológica para HIV durante toda gestação (Tabela 2).

A distribuição das causas para ausência de comprovação sorológica para HIV das 344 gestantes está demonstrada na Tabela 3. Enquanto que, a Tabela 4 traz a frequência de positividade no teste rápido para HIV de cada uma delas.

**Tabela 2** - Frequência da testagem para HIV na gestação em grávidas admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2008

<b>Testagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Sim	2.939	89,5%	89,5%
Não	344	10,5%	100%
<b>Total</b>	<b>3.283</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

**Tabela 3** - Distribuição quanto às causas para ausência de testagem para HIV no pré-natal em gestantes admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2008

<b>Causas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Não fez pré-natal	45	13,1%	13,1%
Fez PN*, mas exame não foi solicitado	116	33,7%	46,8%
Fez PN, foi solicitado e realizado exame, mas resultado não pronto	72	20,9%	67,7%
Fez PN, foi solicitado e realizado exame, mas resultado não anotado no cartão PN	62	18,0%	85,7%
Fez PN, foi solicitado e realizado exame, mas não trouxe cartão PN	49	14,2%	100,0%
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

\*PN: Pré-Natal.

**Tabela 4** - Frequência de positividade do TR\* para HIV nas gestantes admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra sem comprovação de testagem no pré-natal, durante o ano de 2008

<b>Causas</b>	<b>TR +</b>	<b>%</b>
Não fez pré-natal	0	0,0%
Fez PN**, mas exame não foi solicitado	2	33,3%
Fez PN, foi solicitado e realizado exame, mas resultado não pronto	2	33,3%
Fez PN, foi solicitado e realizado exame, mas resultado não anotado no cartão PN	1	16,7%
Fez PN, foi solicitado e realizado exame, mas não trouxe cartão PN	1	16,7%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

\*TR: Teste Rápido.

\*\*PN: Pré-Natal.

O grupo 2 foi composto por 271 gestantes selecionadas de forma aleatória no período de 04 de agosto a 31 de dezembro de 2008, admitidas para o parto na MCD, não sendo necessário excluir nenhuma participante, pois todas concordaram em participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Neste grupo, foram analisados a média de idade, estado civil, número de consultas de pré-natal, idade gestacional no momento do parto, trimestre em que foi realizado testagem para HIV.

**Tabela 5** - Distribuição das gestantes sem testagem para HIV de 3º trimestre, admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra entre 04 de agosto a 31 de dezembro de 2008, conforme faixa etária

<b>Faixa Etária</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
10 - 14 anos	2	0,7%	0,7%
15 - 19 anos	56	20,7%	21,4%
20 - 24 anos	91	33,6%	55,0%
25 - 29 anos	59	21,8%	76,8%
30 - 34 anos	34	12,5%	89,3%
35 - 39 anos	25	9,2%	98,5%
40 anos ou mais	4	1,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

Quanto ao estado civil, foi considerado como casado quando relatado pela participante união estável com parceiro sexual e solteira quando o contrário.

**Tabela 6** - Distribuição das gestantes sem testagem para HIV de 3º trimestre, admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra entre 04 de agosto a 31 de dezembro de 2008, quanto ao grau de relação com parceiro sexual

<b>Grau de relação</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Solteira	58	21,4%	21,4%
União Estável	213	78,6%	100%
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

**Tabela 7** - Distribuição das gestantes sem testagem para HIV de 3º trimestre, admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra entre 04 de agosto a 31 de dezembro de 2008, quanto ao número de consultas realizadas no pré-natal

<b>Número de consultas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Nenhuma	3	1,1%	1,1%
1 consulta	2	0,7%	1,8%
2 consultas	7	2,6%	4,4%
3 consultas	10	3,7%	8,1%
4 consultas	17	6,3%	14,4%
5 consultas	35	12,9%	27,3%
6 consultas	81	29,9%	57,2%
7 ou mais consultas	116	42,8%	100,0%
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

Por meio da data da última menstruação, ou quando essa não era precisa, por meio de ultrassonografia de 1º trimestre, foi calculada a idade gestacional das participantes do grupo 2 .

**Tabela 8** - Distribuição das gestantes sem testagem para HIV de 3º trimestre, admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra entre 04 de agosto a 31 de dezembro de 2008, quanto à idade gestacional no momento do parto

<b>Idade Gestacional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Menos 37 semanas	14	5,2%	5,2%
37-40 semanas	143	52,8%	58,0%
40-42 semanas	98	36,2%	94,2%
Mais 42 semanas	16	5,9%	100,0%
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

Considerou-se como realizado exame anti-HIV no pré-natal, quando houve registro do seu resultado no cartão de pré-natal trazido pela gestante ou a mesma portava o próprio laudo do exame.



**Tabela 9** - Data de realização do exame anti-HIV em gestantes admitidas para o parto na Maternidade Carmela Dutra entre 04 de agosto a 31 de dezembro de 2008

<b>Trimestre</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
1º trimestre	227	83,8%	83,8%
2º trimestre	23	8,5%	92,3%
3º trimestre	15	5,5%	97,8%
1º e 3º trimestres	6	2,2%	100,0%
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Primários.

Todas as gestantes do grupo 2 foram submetidas a teste rápido para HIV, após assinatura do termo de consentimento à participação da pesquisa. Em todas, o resultado do teste foi negativo.

## 5 DISCUSSÃO

Apesar da disponibilidade do teste anti-HIV na assistência pré-natal da rede pública no Brasil desde 1998, Vasconcelos *et al.* (2005)<sup>15</sup> encontraram em análise de diversas maternidades públicas brasileiras, 10% de ausência de testagem para HIV no PN. Em contrapartida, outros autores ressaltaram prevalências ainda maiores, 30,5% e 38,5%, nos anos de 2004 e 2006, respectivamente.<sup>8, 21</sup>

No presente estudo 10,47% das grávidas que chegaram à maternidade para o parto durante o ano de 2008, não portavam resultado do teste HIV (**Tabela 2**).

Importante salientar que o Ministério da Saúde preconiza a realização da testagem anti-HIV logo na primeira consulta do pré-natal e ao mesmo tempo viabiliza a testagem gratuita, o que permitiria encontrar uma cobertura próxima a 100% das gestantes.

A ausência de testagem para HIV no pré-natal nos revela que a efetividade da prevenção da transmissão vertical ainda não está assegurada a todas as mulheres nos serviços de saúde em nosso meio.

Quanto aos motivos para ausência de testagem de HIV no pré-natal, a pesquisa atual encontrou a seguinte frequência: 13,1% das gestantes não realizaram PN; 33,7% realizaram pré-natal, mas o exame não foi solicitado; 20,9% realizaram o PN, o exame foi solicitado e realizado, mas o resultado não ficou pronto até o momento do parto; 18% realizaram PN, foram submetidas ao exame, o resultado ficou pronto, mas não foi anotado no cartão de PN da gestante; e 14,2% frequentaram PN, o exame foi solicitado, realizado e anotado no cartão, mas a paciente não portava o cartão de PN no momento de internação para o parto (**Tabela 3**).

As 344 grávidas que chegaram à maternidade sem comprovação sorológica de HIV, foram submetidas à realização de teste rápido para HIV no momento ante-parto, havendo positividade do mesmo em 1,74% das gestantes, sendo que a distribuição se deu da seguinte forma: dois casos no grupo de gestantes que o exame não foi solicitado, dois casos entre aquelas que o exame não ficou pronto, um caso entre as que não foi anotado o resultado no cartão e um caso no grupo das que não trouxeram o cartão para momento do parto (**Tabela 4**).

Rasia *et al.* (2008)<sup>22</sup> demonstraram em sua pesquisa, na cidade de Pelotas-RS, a realização de seis ou mais consultas de pré-natal em 77% das gestantes pesquisadas. No entanto, demais

estudos<sup>1,3</sup> encontraram frequências menores, como Carvalho *et al.* (2004)<sup>8</sup> evidenciaram 56,4% de gestantes com quatro ou mais consultas na capital Porto Alegre. Coimbra *et al.* (2003)<sup>23</sup> demonstraram que 62,9% das parturientes em São Luís do Maranhão receberam cinco ou mais consultas de PN, porém, apenas 10% de suas participantes realizaram PN de maneira adequada. Em nossa pesquisa, 91,9% das mulheres realizaram ao menos quatro consultas e 72,7% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (**Tabela 7**).

Quando se trata de avaliar o pré-natal, um dos critérios adotados para este fim é o número de consultas cumpridas, sendo preconizado pelo menos seis consultas pelo Ministério da Saúde e um mínimo de quatro consultas pela OMS.<sup>24</sup> Dessa forma, em nosso trabalho, a maioria das gestantes alcançou a meta quantitativa de cobertura de pré-natal preconizada tanto pela OMS, quanto pelo MS.

Mesmo que o número de consultas tenha sido satisfatório, mais de 10% das gestantes chegaram à maternidade sem qualquer testagem de HIV durante o pré-natal. Haja vista que o número de consultas pré-natais não garante a qualidade do cuidado, estamos fornecendo assistência quantitativamente satisfatória às gestantes da cidade de Florianópolis, mas inadequada no que tange à qualidade.<sup>25</sup>

Houve diferentes motivos para ausência de testagem de HIV no pré-natal. A não solicitação do exame ou a falta de anotação do resultado no cartão de PN significam despreparo ou falta de compromisso do profissional da saúde responsável por esse cuidado. Segundo determinação, em 2003, do Conselho Federal de Medicina, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde sobre a transmissão materno-infantil do HIV, o médico assistente da gestante no PN, tem por obrigatoriedade o oferecimento do exame anti-HIV.<sup>15, 26</sup> 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 complementares de acordo com os Programas do Ministério da Saúde.<sup>27</sup>

É importante ressaltar a necessidade do pré-natalista atuar em cada consulta como se estivesse diante da única chance de oferecer à mulher a testagem, para que ela tivesse oportunidade de conhecer o seu *status* sorológico para o HIV e proporcionar a profilaxia da transmissão vertical a seu filho. Em situações em que a gestante não retorna ao pré-natal após a realização do teste, o serviço de saúde deveria estar preparado para realizar a busca dessa

paciente, de modo universal. Na impossibilidade dessa condição a todas as mulheres, ao menos àquelas que apresentam sorologia anti-HIV reagente.

Do mesmo modo, deve ser função do pré-natalista, orientar adequadamente a gestante a portar o cartão de PN quando for à maternidade.

Nos 72 casos em que a gestante realizou o exame, mas o resultado do mesmo não ficou pronto até o momento do parto, pode-se evidenciar a deficiência do sistema público de saúde na execução dos testes.

Propomos com esse trabalho que haja maior comprometimento dos gestores públicos a nível municipal, estadual e federal em se criar um sistema de “agilização” no processo de testagem das gestantes, como, por exemplo, a criação de um carimbo especial marcado no exame das mulheres grávidas, que seja reconhecido pelos laboratórios a fim de que as mesmas não tenham que esperar tempo demasiado, já que nesse grupo de pacientes, a urgência torna-se maior pelo fato de haver possibilidade de transmissão a outro ser em pequeno espaço de tempo.

Assim, fica claramente evidenciada a necessidade de melhorar o treinamento dado à equipe de realização do pré-natal para que realize as consultas necessárias, solicite os exames mandatórios, bem como, marque seus resultados devidamente no cartão.<sup>28</sup> Além disso, torna-se imprescindível maior e melhor estímulo às pacientes para que se comprometam em realizar adequadamente o pré-natal e portem consigo os documentos deste atendimento quando da internação em uma maternidade.

Para Rasia *et al.* (2008)<sup>22</sup> 66,2% das gestantes em seu estudo estavam com idade entre 20-34 anos quando assistidas para o parto, como também por Carvalho *et al.* (2004)<sup>8</sup>. Dentre as gestantes pertencentes ao presente estudo, a maior parte (67,9%) tinha mesma faixa etária **(Tabela 5)**.

Em estudo transversal realizado por Coimbra *et al.* (2003)<sup>23</sup>, 75,61% das participantes mantinham relacionamento estável, nesse mesmo trabalho foi evidenciado risco existente à inadequação do uso de pré-natal em gestantes solteiras. Similarmente, em nossa pesquisa, 78,6% das parturientes relataram união estável com companheiro, havendo uma minoria de gestantes solteiras **(Tabela 6)**.

Analisando a idade gestacional, Carvalho *et al.* (2004)<sup>8</sup> demonstraram predominância de partos a termo, com uma média de 37 semanas e 2 dias, semelhantemente aos valores aqui

encontrados, 52,8% das nossas gestantes estavam com idade gestacional entre 37 e 40 semanas no momento do parto (**Tabela 8**).

No que se refere à data de realização do exame anti-HIV, entre as gestantes avaliadas no PN, 83,8% submeteram-se à testagem apenas no 1º trimestre, 8,5% no 2º trimestre, 5,5% no último trimestre da gestação e, apenas 2,2% foram testadas no 1º e 3º trimestres (**Tabela 9**).

Embora o Ministério da Saúde preconize a testagem para HIV em todas as grávidas no 1º e 3º trimestres, para quase totalidade das gestantes não há o cumprimento de tal recomendação, pois são testadas apenas no 1º trimestre da gestação.

Dessa forma, esquece-se que essas gestantes podem até o momento do parto se infectar pelo vírus HIV, ou mesmo, fazer viragem sorológica. Um estudo londrino realizado em 2007 que propôs investigar causas da persistente infecção pelo HIV em bebês, a despeito da viabilidade da testagem no pré-natal, evidenciou que 20% das crianças infectadas pelo vírus nasceram de mães com um resultado de exame anti-HIV negativo no pré-natal, concluindo que um teste anti-HIV negativo no início da gestação não exclui a possibilidade de positividade no final da mesma.<sup>19</sup>

Nesse sentido, em 19 de janeiro de 2007, o MS lançou o ofício circular nº 05/07 preconizando realização de teste rápido, no momento do parto, em todas as parturientes não testadas para HIV no 3º trimestre.<sup>17</sup> Infelizmente, até o momento, tal medida não foi possível de se concretizar, já que em nosso estudo, para o grupo 2 seriam realizados testes rápidos em todas as gestantes testadas para HIV no 1º ou 2º trimestre, mas não no 3º trimestre. Contudo, houve grande indisponibilidade no fornecimento de kits de testes rápidos pelo Ministério da Saúde, o qual permaneceu enviando um número apenas suficiente para os casos de urgência, embora a Maternidade Carmela Dutra tenha feito diversos contatos e até mesmo reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde declarando necessidade de se adequar à nova norma.

Sabendo-se que, a cobertura de PN em nossa região está quantitativamente adequada, necessitamos, então, para darmos máxima de cobertura de rastreio de HIV nas gestantes e, com isso, interromper a transmissão vertical desse vírus, cobrarmos dos gestores públicos as necessárias mudanças no que tange à agilidade dos resultados dos testes, ao fornecimento do número necessário de testes rápidos pelo Ministério da Saúde e, principalmente, melhorar qualitativamente a assistência ao pré-natal para, entre outras necessidades, conhecermos o estado sorológico de cada gestante, tanto no início da gestação a fim de se iniciar a TARV, bem como

no fim da gestação para que se possa realizar cesárea eletiva, iniciar AZT para o bebê e não permitir a amamentação.

Portanto, torna-se claro que a testagem para HIV funciona como uma porta de entrada para possível tratamento e cuidados para mulheres grávidas e efetiva prevenção da transmissão vertical.<sup>11</sup>

Por fim, vale ressaltar que a dimensão e a gravidade do desafio impostos pela epidemia da AIDS nos exigem permanente fôlego e renovada disposição para enfrentá-la com as armas da ciência e com responsabilidade.

## 6 CONCLUSÃO

1) Dentre as gestantes admitidas para o parto em 2008 na Maternidade Carmela Dutra, 10,47% não portavam prova documental de testagem para HIV na gestação.

2) Desse total de grávidas sem comprovação sorológica de HIV, apenas uma minoria (13,1%) não fora testada por não realizar o pré-natal (PN), as demais perderam oportunidade de conhecer o estado sorológico e, com isso, de receber medidas profiláticas para reduzir as taxas de transmissão vertical, por falha dos profissionais da saúde vinculados à realização de pré-natal e pela lentidão de nosso sistema de saúde em permitir resultado de testagem em tempo hábil.

3) A maior parte (91,9%) das mulheres realizou ao menos 4 consultas de pré-natal, percebemos, dessa forma, que a assistência prestada às gestantes de nosso meio está quantitativamente, porém inadequada em relação à qualidade.

4) Quanto ao cumprimento das normas instituídas pelo Ministério da Saúde, apenas 2,2% foram testadas para HIV no 1º e 3º trimestres, ou seja, a maior parte das gestantes testadas na gestação (83,8%) submeteu-se ao exame apenas no 1º trimestre da gestação. Contudo, desse total nenhuma apresentou soroconversão para HIV.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 de Brito AM, Ayres de Castilho E, Landmann Szwarcwald C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. 2001; 34(No 2).
- 2 Global Summary of the AIDS e. World Health Organization. [Online]. [cited 2009 Março 14]. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/hiv>" <http://www.who.int/hiv> .
- 3 Lígia Mara Dolce de Lemos, Ricardo Queiroz Gurgel, Amaury Lelis Dal Fabbro. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005; 27(1): 32-6.
- 4 Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília; 2008. Report No.: ISSN 1517 1159.
- 5 Pereira Fonseca MG, Landmann Szwarcwald C, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids, 1989 - 1997. Revista Saúde Pública. 2002; 36(6):678-85.
- 6 Hirschhorn L. HIV and women. [Online]. 2008 [cited 2009 February 18]. Available from: HYPERLINK "<http://www.uptodate.com>" <http://www.uptodate.com> .
- 7 Duarte G, Gonçalves CV, Marcolin AC, Carvalho Paschoini M, Mussi-Pinhata MM, Quintana SM. Teste Rápido para Detecção da Infecção pelo HIV-1 em Gestantes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2001; 23 (2): 107-111.
- 8 de Carvalho RL, Krahe C, Farina G, de Oliveira Paula D, Crossetti T, Richetti N. Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2004; 26 (4): 325-328.
- 9 Mofenson LM. Counseling and obstetrical management of the HIV-infected woman to reduce perinatal HIV transmission. [Online]. 2008 [cited 2009 Jan 17]. Available from: HYPERLINK "<http://www.uptodate.com>" <http://www.uptodate.com> .
- 10 Ortigão MB. AIDS em crianças: considerações sobre a transmissão vertical. Cadernos de Saúde Pública. 1995 Janeiro/Março; 11(1):142-148.



- 11 Armstrong R. Mandatory HIV testing in pregnancy: Is there ever a time? Journal compilation Blackwell Publishing Ltd. 2008; 8(1) 1–10.
- 12 Ministério da Saúde. Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescentes. Brasília; 1998. Report No.: ISBN 85-334-0167-1.
- 13 Campos Borges A, Saab Neto JA, Koettker Silveira S. HIV na Gestação. In Saab Neto JA. Manual de Rotinas de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra. Florianópolis. 2006; 74-77.
- 14 Kissin DM, Akatova N, Rakhmanova AG, et al. Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia. 2008; 198:183.
- 15 Ribeiro de Vasconcelos AL, Merchán Hamann E. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005; 5 (4): 483-492.
- 16 Rocha Morimura MC, Dantas Costa Mendes M, Imperi de Souza A, Arraes de Alencar LC. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2006; 6.
- 17 Recomendações do PN-DST/Aids para uso de testes rápidos para HIV como triagem em parturientes não testadas no 3º trimestre. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2007. Report No.: Ofício Circular n 05/07 - UAT/PN-DST e AIDS/SVS/MS.
- 18 Grobman W, Garcia P. The cost-effectivenesses of voluntary intrapartum rapid human immunodeficiency virus testing for women without adequate prenatal care. American Journal Obstetric Gynecology. 1999; 181:1062-71.
- 19 S S Struik, G Tudor-Williams, G P Taylor, S D Portsmouth, C J Foster, C Walsh C Hanley, et al. Infant HIV infection despite “universal” antenatal testing. Arch. Dis. Child. 2008; 93:59-61.
- 20 S.E.Moses, J.Tosswill , M.Sudhanva, M.Poulton, M.Zuckerman. HIV-1 seroconversion uring pregnancy resulting in vertical transmission. Clinical Journal Virology 41.2008;152-153.

- 21 de Brito AM, Lopes de Souza J, Feitosa Luna C, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40.
- 22 Barros Rasia ICR, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2008; 8(4).
- 23 Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista Saúde Pública*. 2003; 37(3).
- 24 Ministério da Saúde, Sistema de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Nascidos-Vivos. Cobertura de consultas de pré-natal. [Online]. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2009 February 18]. Available from: HYPERLINK "http://www.aids.gov.br" <http://www.aids.gov.br> .
- 25 Silva da Silveira D, Silva dos Santos I, Soares Dias da Costa J. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*. 2001; 27(1).
- 26 Conselho Federal de M. Resolução CFM número 1665 de 7 de maio de 2003. [Online].; 2003 [cited 2009 April 07]. Available from: <http://www.portalmedico.org.br>.
- 27 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-195/1997. [Online]. [cited 2009 March 15]. Available from: HYPERLINK "http://www.portalcofen.com.br" <http://www.portalcofen.com.br> .
- 28 Jacob Serruya, Suzanne; Di Giácomo Lago, Tânia ; Cecatti, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004; 4 (3): 269-279.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi redigido de acordo com a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

**ANEXOS**

## Anexo I – Termo de consentimento livre esclarecido



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido você a participar do estudo **“Prevalência de positividade para HIV em gestantes da Maternidade Carmela Dutra”** que tem por objetivo avaliar a prevalência de grávidas que possuem resultado negativo para HIV na gestação e passam a ter resultado positivo no momento antes do parto. Um trabalho com tal finalidade pode servir, com a sua participação, para diminuirmos a taxa de transmissão materno-infantil do HIV, evitando infecção em nossos recém-nascidos.

Neste trabalho será realizado teste rápido para HIV antes do parto por um profissional da saúde e, utilizado o resultado de teste Anti-HIV marcado no seu cartão pré-natal. Sendo importante salientar que não serão utilizados dados de sua identificação (nome, endereço completo, número de registro), assegurando a privacidade de todos participantes desta pesquisa.

**A aceitação ou recusa em participar do estudo não alterará os serviços prestados por esta instituição.**

Além disso, a sua participação nesta pesquisa não envolve qualquer tipo de indenização.

Se por qualquer razão for de seu interesse deixar de fazer parte desta pesquisa, isso poderá ser feito através dos telefones (48) 3338-2470 ou (48)9948-6872 (falar com Aline). Futuras dúvidas que venham a surgir também serão esclarecidas através dos telefones citados.

**Caso concorde em participar, favor assinar abaixo no local indicado.**

---

Sujeito da Pesquisa

---

Assinatura

---

Dr. Jorge Abi Saab Neto  
Pesquisador Responsável

---

Aline da R. Lino  
Pesquisadora Principal

**Anexo II – Questionário**

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

**QUESTIONÁRIO**

**Identificação N°:** \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

(Após leitura e assinatura do termo livre de consentimento, o teste rápido será realizado concomitantemente ao preenchimento deste questionário, o qual não será identificado)

# Idade da parturiente: \_\_\_\_\_ anos.

# Data da Última Menstruação (DUM): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade gestacional no momento do parto: \_\_\_\_\_ semanas e \_\_\_\_\_ dias.

# Número de consultas de pré-natal: \_\_\_\_\_ consultas.

# Grau de relação com parceiro sexual: ( ) casada ( ) solteira

# Data que realizou a avaliação sorológica para HIV no pré-natal:

1º Exame foi coletado no ( ) 1º Trimestre ( ) 2º Trimestre ( ) 3º Trimestre

Resultado ( ) Positivo ( ) Negativo

2º Exame foi coletado no ( ) 1º Trimestre ( ) 2º Trimestre ( ) 3º Trimestre

Resultado ( ) Positivo ( ) Negativo

3º Exame foi coletado no ( ) 1º Trimestre ( ) 2º Trimestre ( ) 3º Trimestre

Resultado ( ) Positivo ( ) Negativo

**## RESULTADO DO TESTE RÁPIDO REALIZADO AGORA:**

( ) Positivo ( ) Negativo