

Caracterização das Gestantes Portadoras de HIV no Estado da Paraíba, 2008 – 2012

Characterization of HIV Pregnant Women in the State of Paraíba, 2008 - 2012

PRISCYLLA LINS FILGUEIRAS¹
CAMILA EMÍDIO BASTOS¹
ELISAMA ARAÚJO DE SENA²
CLÁUDIA HELENA SOARES DE MORAIS FREITAS³
IVONEIDE LUCENA PEREIRA⁴
MAILZA GOMES DE OLIVEIRA⁴

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil das gestantes diagnosticadas com HIV notificadas no SINAN PB. **Material e Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo realizado por meio de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Foram incluídos todos os casos notificados de gestantes infectadas pelo HIV, diagnosticadas entre janeiro de 2008 a dezembro de 2012. **Resultados:** Foram notificadas 237 gestantes HIV positivas com idade entre 20 a 29 anos; donas de casa; com ensino fundamental incompleto; de cor parda e residente na zona urbana. O pré-natal foi realizado em 89,0% dos casos e a evidência laboratorial foi obtida antes ou durante o pré-natal em 77,48% das gestantes. Nos municípios paraibanos foram realizados 188 partos. A profilaxia no momento do trabalho de parto foi realizada em 79% dos partos e a quimioprofilaxia nas primeiras 24 horas em 90% dos neonatos. **Conclusões:** A infecção do HIV em gestantes atinge mulheres jovens e com baixo nível de escolaridade. Observa-se a tendência de interiorização da infecção pelo HIV, no qual nota-se progressiva, embora incipiente, propagação da epidemia para municípios distantes das áreas metropolitanas. A cobertura pré-natal e o diagnóstico são acessíveis à maioria das mulheres. A oferta de ARV às gestantes no momento do parto e aos recém-nascidos atinge cifra próximas a 80%, que deve ser ampliada no intuito de erradicar a transmissão vertical.

DESCRIPTORIOS

HIV. Gestantes. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To characterize the epidemiology of HIV-positive pregnant women registered in the National Reporting Information System (SINAN) in the state of Paraíba, Brazil. **Material and Methods:** This was a retrospective descriptive epidemiological study using data from the Health Department of the State of Paraíba (SINAN). The population was composed of all the reported cases of pregnant women infected with HIV diagnosed between January 2008 and December 2012. **Results:** We found 237 reports of HIV-positive pregnant women, Afrocaucasian, aged 20 to 29 years old, housewife, with incomplete primary education, living in the urban area. Prenatal care was performed in 89.0% of cases and laboratory evidence of HIV was obtained before or during prenatal care in 77.48% of the cases. A total of 188 child births were reported in the state of Paraíba. Prophylaxis at the time of birth was performed in 63.3% of women and chemoprophylaxis of the neonate during the first 24 hours in 72.2%. **Conclusion:** HIV infection in pregnant women affects young and low educated women. There was a trend of progressive dissemination of HIV infection towards the inner cities of the state, which are far from metropolitan areas. Prenatal coverage and diagnosis are accessible to most women. The supply of antiretroviral agents to pregnant women at delivery and newborn accounts for nearly 80% of cases, which should be expanded in order to eradicate vertical transmission.

DESCRIPTORS

HIV. Pregnant Women. Infectious Disease Transmission, Vertical. Epidemiology.

- 1 Estudante de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 2 Estudante de Graduação em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 3 Professora Doutora Associada do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Tutora Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 4 Gerente Operacional das DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

No Brasil, estima-se que 630.000 pessoas de 15 a 49 anos vivam com Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Aproximadamente 255 mil desconhecem sua condição sorológica, apesar da ampliação da cobertura de teste de HIV oferecida à população. A oferta de testagem passou de 28% em 2004 para 37% em 2008, sendo grande parte deste crescimento decorrente da investigação de HIV durante o pré-natal¹.

A taxa de prevalência do HIV mantém-se estável em 0,6% desde 2004 na população geral, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens². Há desaceleração no crescimento das taxas de incidência de AIDS entre as mulheres, no entanto, as taxas permanecem em níveis elevados nas regiões Sul e Nordeste^{1,2}. O grande número de mulheres infectadas em idade fértil favorece a transmissão materno-infantil.

Com relação à infecção pelo HIV em gestantes, um total de 77.066 casos foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2000 a junho de 2013². O Nordeste ocupa a 3^o posição com 14,9% dos casos na distribuição regional, atrás da região Sul (41,7%) e Sudeste (31,3%). De 2003 a 2012, observou-se no país um aumento de 26,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes².

A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Nesta via de exposição, o vírus passa da mãe para o bebê durante a gestação, no trabalho de parto, no parto propriamente dito, ou através da amamentação³⁻⁵. Durante a gestação ocorrem aproximadamente 35% dessa transmissão e na proximidade ou vigência do trabalho de parto ocorrem 65%³⁻⁶. Além disso, há um risco adicional entre 7% e 22% de transmissão através da amamentação³⁻⁶.

A testagem anti-HIV no pré-natal visa principalmente prevenir a transmissão vertical do vírus e deve ser oferecido a todas as gestantes, após o consentimento delas e a realização do correto aconselhamento pré e pós-teste. Este exame é preconizado no primeiro trimestre ou na primeira consulta de pré-natal, com repetição no terceiro trimestre. O Ministério da Saúde tem investido no fornecimento de teste rápido de HIV para o acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, na Atenção Básica de Saúde. O conhecimento do estado sorológico da infecção pelo HIV e o diagnóstico precoce permitem a adoção de medidas que reduzem significativamente o risco de transmissão vertical^{1,3,4,7}.

O Protocolo 076 do *Pediatrics Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076) de 1994 demonstrou redução da transmissão vertical de HIV em 67,5% através da administração de zidovudina durante a gestação, no parto e nas primeiras semanas de vida do recém-

nascido^{3,6-9}. O Ministério da Saúde recomenda a oferta de sorologia para o HIV durante o pré-natal, parto e puerpério; o uso de antirretrovirais e o incentivo a não amamentação. A disponibilização de testes rápidos, exames sorológicos, antirretrovirais, inibidor de lactação e o leite substituto do leite materno são financiados pelo SUS, devendo ser disponibilizados às gestantes como prevenção da transmissão vertical^{1,9}.

O estudo justifica-se pela importância da problemática dessa patologia, que afeta a qualidade de vida das mulheres que a possuem, principalmente daquelas em idade fértil, e das crianças nascidas dessas mães; bem como, pelas repercussões clínicas e socioeconômicas oriundas da doença e da propagação do vírus. Dessa maneira, o estudo tem objetivo principal de caracterizar o perfil epidemiológico das gestantes soropositivas registradas no SINAN PB, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, realizado no Estado da Paraíba, a partir de dados secundários, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Foram incluídos todos os casos de gestantes infectadas notificados pelos profissionais de saúde, mediante o preenchimento da ficha padrão de investigação e notificação compulsória de Gestante HIV+ registrados no SINAN PB, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. Foram estudadas as variáveis sócio-demográficas e as variáveis referentes ao pré-natal e ao parto, incluindo a realização de terapêutica antirretroviral durante a gestação e no parto.

Os dados foram coletados por meio do tabulador de dados TabWin e para a análise dos dados, procedeu-se à distribuição de frequências simples e relativas das variáveis do estudo, posteriormente confrontados com a literatura pertinente. Utilizou-se o Microsoft Office Excel 2010 para a construção dos gráficos e das tabelas.

Para o cálculo do coeficiente de detecção, foram utilizados os dados de nascidos vivos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)¹⁰. A fórmula usada calculou a razão entre o número de casos de HIV detectados em um determinado ano no estado da Paraíba e o número total de nascidos vivos do mesmo período no estado, multiplicado por 1000².

A pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria do Estado da Saúde da Paraíba (PB) sob número CAAE: 29472614.9.0000.5186.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2008 a dezembro de 2012, foram notificadas 237 casos de infecção pelo HIV em gestantes no estado da Paraíba. O coeficiente de detecção de casos de HIV correspondeu a 0,8 por mil nascidos vivos neste período (Tabela 1).

Quanto à caracterização das gestantes soropositivas, os resultados mostraram que pouco mais da metade (55,3%) apresentava idade entre 20 e 29 anos ao diagnóstico, eram donas-de-casa (50,2%) e se autodeclararam pardas (67,9%). O baixo nível escolar predominou (55,3% eram analfabetas ou não concluíram o ensino fundamental). A maioria residia em zona urbana (81,4%). Não houve notificação de gestantes menores de 14 anos. A informação sobre a ocupação encontrava-se disponível em apenas 157 (64,24%) gestantes da amostra. A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas das gestantes.

Em relação ao município de residência dos casos notificados na Paraíba, 232 (97,9%) gestantes residiam no estado, conforme ilustra a Figura 1. Campina Grande foi o município de residência declarado por 22% (50) das gestantes; e João Pessoa, por 18,1% (42) gestantes. Das gestantes notificadas no Estado, 2,1% são residentes em municípios de divisas pertencentes a estados vizinhos que recebem atendimento médico no estado.

Considerando a necessidade de acompanhamento pré-natal e parto das gestantes com HIV, constatamos que o Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado em João Pessoa é a principal referência no Estado, respondendo por 38% das notificações de gestantes com HIV nesse período; seguido pelo Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, unidade referência de Campina Grande e regiões

vizinhas, responsável por 30,80% das notificações, conforme Tabela 3.

A maioria das gestantes 89% (211) realizou acompanhamento pré-natal, 4,6% (11) não realizou o pré-natal e sobre 6,3% (15) não havia informação. A confirmação laboratorial do HIV foi obtida antes do pré-natal em 33,8% (80) das gestantes; durante o pré-natal em 44% (104) das gestantes e, em 14,4% (34) o diagnóstico foi confirmado durante o trabalho de parto. Apenas 6% (14) dos casos foram diagnosticados após o parto e, em 2% (5) não havia informação sobre em qual momento foi comprovado a soropositividade.

Em 75% dos casos (177), a gravidez evoluiu para o nascimento. Foram registrados três natimortos e seis abortos. Para todas as outras 51 gestantes não havia informação sobre a evolução da gravidez disponível.

Sobre o uso de antirretroviral (ARV) na gestação, 58% (138) delas fizeram uso enquanto 27% (63) não o fizeram. Não havia informação sobre 15% (36) gestantes (Figura 2).

Entre os casos notificados de HIV positivos, foram registrados 188 partos realizados nos municípios do estado da Paraíba, dos quais 56% foram cesarianas eletivas, 13% foram cesarianas de urgência e 28% foram partos normais, conforme mostra a Tabela 4. O tipo de parto não foi informado em 3% das parturientes.

Dos 188 partos realizados na Paraíba, a profilaxia com ARV no momento do parto foi realizada em 79% (149) parturientes (Tabela 5). Sobre o uso de ARV no decorrer da gestação, 63% (119) já faziam seu uso durante o pré-natal, 25% (47) não usaram e sobre 12% (22) não havia informação.

A profilaxia com ARV para as crianças foi realizada nas primeiras 24 horas de vida em 90% (170) dos recém-nascidos que nasceram no estado. Uma criança recebeu a quimioprofilaxia após as primeiras 24 horas de vida. A

Tabela 1. Distribuição do número de casos notificados e coeficiente de detecção de infecção pelo HIV em gestantes, segundo ano de diagnóstico. Paraíba, 2008-2012.

Ano	Casos Notificados ¹	Nascidos Vivos ²	Coeficiente de Detecção
2008	53	60.566	0,9
2009	55	58.740	0,9
2010	60	57.610	1,0
2011	32	57.860	0,6
2012	37	56.390	0,7
Total	237	291.166	0,8

Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014.

¹NOTAS: ¹ Casos notificados no SINAN até 21/02/2014; ² Número de nascidos vivos fornecido pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC ¹⁰.

Tabela 2. Distribuição do número e proporção (%) dos casos de infecção pelo HIV em gestantes segundo características sociodemográficas. Paraíba, 2008 a 2012.

Idade	N	%
15 a 19 anos	50	21,10
20 a 29 anos	131	55,27
30 a 39 anos	53	22,36
40 a 49 anos	2	0,84
Sem informação	1	0,42
Total	237	100
Raça		
Branca	39	16,46
Preta	18	7,59
Amarela	3	1,27
Parda	161	67,93
Sem informação	16	6,75
Total	237	100
Escolaridade		
Analfabeto	5	2,11
1ª a 4ª série incompleta do EF	50	21,10
4ª série completa do EF	17	7,17
5ª a 8ª série incompleta do EF	59	24,89
Ensino fundamental completo	21	8,86
Ensino médio incompleto	19	8,02
Ensino médio completo	22	9,28
Educação superior incompleta	2	0,84
Educação superior completa	1	0,42
Sem informação	41	17,30
Total	237	100
Ocupação		
Dona de casa	119	50,21
Estudante	22	9,28
Outros	16	6,75
Sem informação	80	33,76
Total	237	100
Zona de Residência		
Urbana e Periurbana	194	81,85
Rural	35	14,77
Sem informação	8	3,38
Total	237	100

Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014.

quimioprofilaxia com ARV não se aplicava para 4% (7) dos bebês, 2% (4) não receberam e 3% (6) desconhecese a conduta adotada (Figura 3).

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, a maioria das gestantes tem

entre 20 e 29 anos e ensino fundamental incompleto. Perfil semelhante ao encontrado no trabalho de Nishimoto, Eluf Neto, Rozman⁶ que relata média etária de 27,3 anos e 77,3% (da amostra) com nível de escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental. No estudo de Torres e Luz³, 79,3% das gestantes estão na faixa etária dos 20 a 35 anos e 45,8% possui ensino fundamental incompleto.

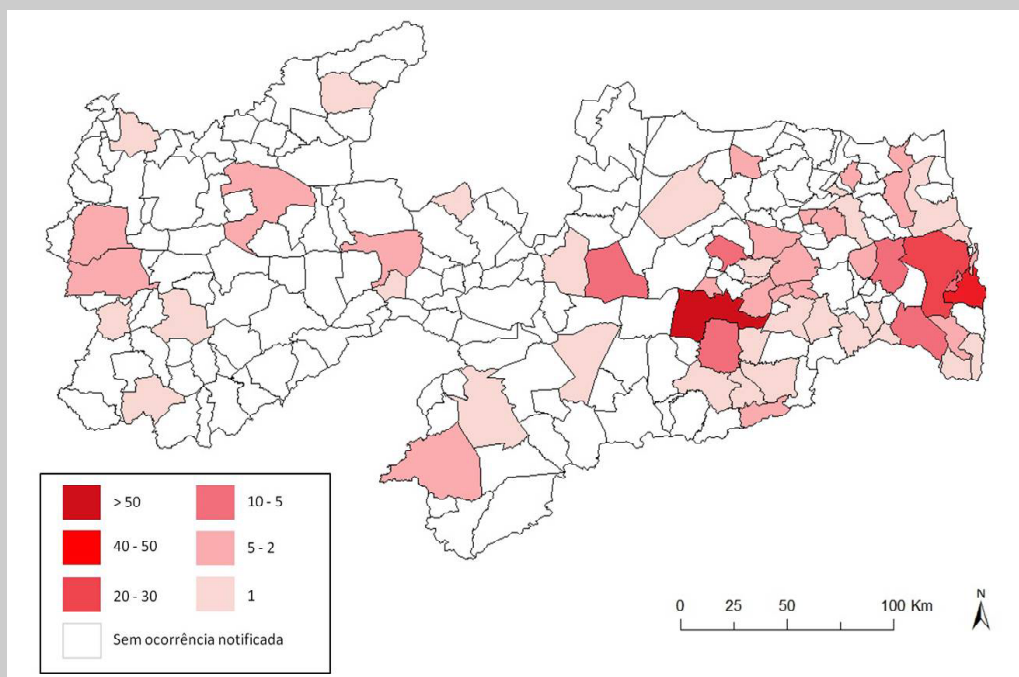


Figura 1. Distribuição dos casos notificados de gestantes HIV positivas por municípios de residência no período de 2008 a 2012. SES/ Paraíba, 2014. Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014.

Tabela 3 . Distribuição do número e percentual das notificações de gestantes com HIV por Unidade de Saúde notificadora. Paraíba, 2008-2012. SES/PB, 2014.

Município	Unidades de Saúde Notificadoras	N	%
João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB)	89	37,55
	Maternidade Frei Damião	10	4,22
	Maternidade Cândida Vargas	3	1,27
	Complexo de Doenças Infecto Contagiosas Clementino Fraga	3	1,27
	Vigilância Epidemiológica Municipal	1	0,42
	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	73	30,80
	Hospital Escola da FAP	10	4,22
Campina Grande	Centro de Testagem e Aconselhamento CTA	7	2,95
	CLIPSI Hospital Geral	5	2,11
Cabedelo	Serviço de Assistência Especializada	13	5,49
Santa Rita	Hospital e Maternidade Flávio Ribeiro Coutinho	8	3,38
Caiazeiras	Hospital Regional De Caiazeiras	6	2,53
Diversos	Unidades de Saúde da Família	9	3,80
Total		237	100

Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014.

CLIPSI: Clínica e Pronto Socorro Infantil Madalena Crispim. FAP: Fundação Assistencial da Paraíba

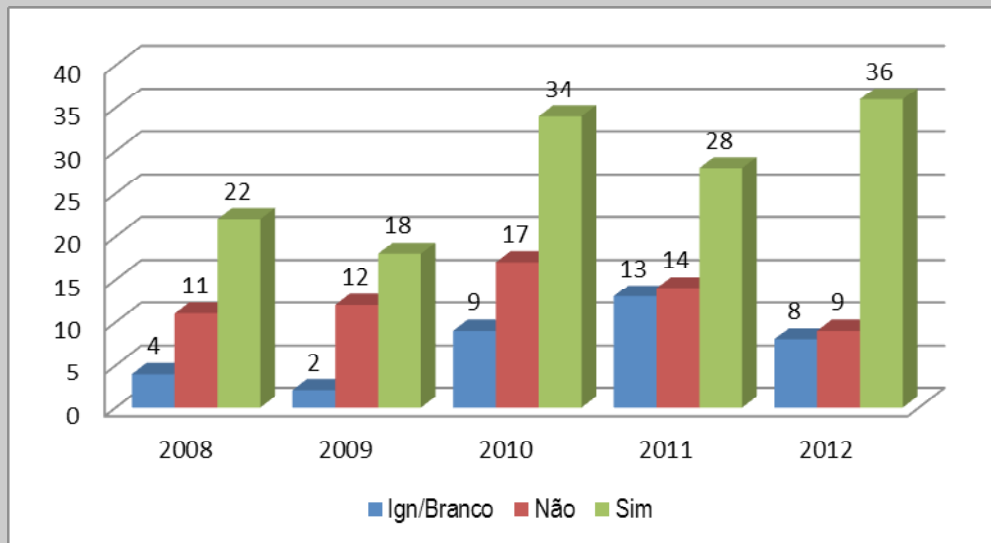


Figura 2 . Distribuição absoluta do uso de antirretroviral (ARV) durante a gestação segundo ano diagnóstico, no período de 2008 a 2012. SES/ Paraíba, 2014.
Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014

Tabela 4. Distribuição de casos de infecção por HIV em gestantes segundo tipo de parto por município do parto, no período de 2008 a 2012. SES/ Paraíba, 2014.

Municípios	Tipo de parto						Ign/Br		Total	
	Vaginal		Cesárea eletiva		Cesárea de urgência		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%				
Cajazeiras	1	0,53	3	1,60	2	1,06	0	0	6	3,19
Campina Grande	34	18,09	45	23,94	10	5,32	1	0,53	90	47,88
João Pessoa	10	5,32	53	28,19	12	6,38	4	2,13	79	42,03
Patos	1	0,53	0	0	0	0	0	0	1	0,53
Santa Rita	6	3,19	4	2,13	0	0	1	0,53	11	5,85
Sapé	0	0	0	0	0	0	1	0,53	1	0,53
Total	52	27,66	105	55,86	24	12,76	7	3,72	188	100

Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014.

Tabela 5. Uso de profilaxia com antirretrovirais (ARV) no trabalho de parto segundo município do parto, no período de 2008 a 2012. SES/ Paraíba, 2014.

Município	Profilaxia ARV						Total	
	Sim		Não		Ign/Br		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Cajazeiras	5	2,66	1	0,53	0	0	6	3,19
Campina Grande	69	36,70	19	10,11	2	1,06	90	47,87
João Pessoa	68	36,17	8	4,26	3	1,60	79	42,03
Patos	0	0	1	0,53	0	0	1	0,53
Santa Rita	7	3,72	1	0,53	3	1,60	11	5,85
Sapé	0	0	0	0	1	0,53	1	0,53
Total	149	79,26	30	15,96	9	4,79	188	100

Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014.

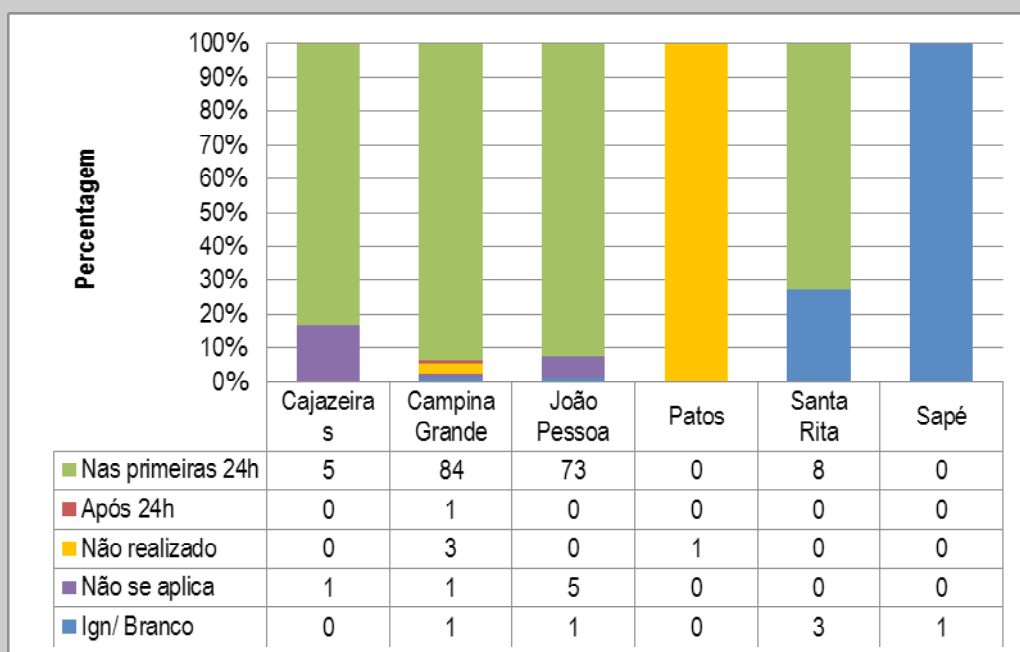


Figura 3. Início da profilaxia antirretroviral (ARV) nas crianças de mães com infecção pelo HIV segundo município de parto, no período de 2008 a 2012. SES/ Paraíba, 2014. Fonte: SINAN-NET/SES – PB, 2014.

Quanto à variável cor (raça/cor), houve predomínio da parda (67,93%), seguida pela branca (16,46%). Este achado difere da literatura brasileira onde as gestantes brancas representaram cerca de 48,1%; pardas, 34,9%; pretas, 15,9%; amarelas, 0,8%; indígenas, 0,3% e desconhecia-se a informação de 9,3%². Em Torres e Luz³, o percentual de gestantes brancas foi de 62%, negras 27% e pardas 9%. Já no estudo de Lopes, Buchalla e Ayres¹¹, quanto ao critério raça/cor autoreferida - usada como padrão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) -, as gestantes foram agrupadas como: negras (50,7% - pretas e pardas) e não-negras (49,3% - brancas, amarelas e indígenas). Os autores destacam a importância dessa variável raça/cor no entendimento de como os aspectos socioantropológicos, condições socioeconômicas e relações de gênero refletem a vulnerabilidade das mulheres à infecção e adoecimento pelo HIV e no acesso ao cuidado¹¹.

No cenário nacional, observa-se a tendência de interiorização da infecção pelo HIV, no qual nota-se progressiva propagação da epidemia para municípios distantes das áreas metropolitanas¹²⁻¹⁴. Este processo repercute no acesso aos serviços de saúde e no planejamento da oferta de cuidado¹³. Neste estudo, podemos observar que a interiorização já ocorre, porém

de maneira incipiente no estado paraibano. A maioria das gestantes reside na zona urbana e em municípios da mata e agreste paraibanos. As unidades de saúde notificadoras e os partos se concentram nas duas maiores cidades do estado, João Pessoa e Campina Grande.

Com relação ao momento do diagnóstico das gestantes, observamos que a maioria das pacientes realizou o pré-natal, sendo diagnosticada com o HIV antes ou durante o pré-natal. Em outros estudos realizados em Porto Alegre - RS e Santos - SP, a cobertura do pré-natal foi de 97,7% e 79,6%, respectivamente^{3,6}. As pacientes já sabiam serem portadoras do vírus antes de engravidar em 45% e 29%, nesta ordem^{3,6}. Independente do teste diagnóstico para o HIV ter sido ofertado ou não à gestante, esta não o realizou em 19,2% dos casos estudados em Santos - SP⁶. Já no estudo de Lima et al¹⁵, a descoberta do diagnóstico ocorreu durante o pré-natal em 50%. O diagnóstico já era conhecido antes da gestação em 8,2% das gestantes, 22,7% foram diagnosticadas durante o parto e 9,1% tomaram conhecimento do status sorológico após o parto¹⁵.

Muitas mulheres desconhecem seu status sorológico antes da gestação¹⁶. Disponibilizar avaliação laboratorial de HIV de rotina para as gestantes é uma importante ferramenta de prevenção da transmissão

vertical e, de certo modo, da propagação do vírus, uma vez que o diagnóstico da gestante encoraja a investigação do(s) parceiro(s)⁷. Almeida e Praça¹⁷ apontam o desejo de evitar a confirmação do próprio diagnóstico ou evitar conflitos na relação conjugal e a confiança na fidelidade do parceiro como justificativas para a difícil realização voluntária do teste pelas mulheres fora do período gestacional. Em seu estudo, 55,7% não realizaram o teste anti-HIV antes da gestação e 56,7% desconheciam a situação sorológica do parceiro¹⁷. Chama a atenção o comportamento de práticas sexuais desprotegidas com parceiros sob situações de risco - promíscuos, usuários de hemoderivados, HIV soropositivos, ex-presidiários ou presidiários, bissexuais -, sendo este o principal fator de exposição à infecção pelo HIV, ainda assim, pouco relevante para a procura espontânea pelo teste¹⁷.

Segundo a recomendação do Ministério da Saúde para o acompanhamento da gestante, a sorologia anti-HIV deve ser oferecida na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre, e ser repetida no início do terceiro trimestre gestacional, após consentimento e aconselhamento pré e pós-teste^{3,18}. No Brasil, o diagnóstico da infecção por HIV também pode ser realizado por testes rápidos, que permitem maior agilidade no diagnóstico e são de fácil execução. Os testes rápidos estão disponíveis na Atenção Básica de Saúde para detecção de HIV e sífilis na assistência à gestante e suas parcerias sexuais^{8,19}. É comum sua utilização em gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto, particularmente no terceiro trimestre de gestação^{7,20}. Também há indicação de uso no caso de parturientes e puérperas que não foram testadas no pré-natal ou quando se desconhece o resultado do teste no momento do parto⁷.

O estudo da cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV em gestantes do Mato Grosso do Sul entre 1999 a 2003 realizado por Fabbro *et al.*²¹ comparou o primeiro ano de vigência do Programa de Proteção à Gestante com os anos anteriores¹⁵. A implementação deste Programa causou aumento do número de gestantes submetidas ao teste de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV 1 e 2. Para o teste anti-HIV, no ano de 1999, foram submetidas 496 (1,18%) gestantes das 41.859 cadastradas; em 2000, foram testadas 6.448/41.270 (16,01%) gestantes; em 2001, 6.627/39.629 (16,72%) gestantes; em 2002, 11.330/39.731 (28,51%) gestantes; e no ano de 2003, início do programa, foram testadas 32.512/39.183 gestantes, o que corresponde a uma cobertura de 83%²¹. Dessas gestantes submetidas ao teste em 2003, 119 (0,37%) apresentaram

sorologia positiva para o HIV²¹. A cobertura alcançada decorreu, entre outros fatores, da facilidade e praticidade da coleta do material pelas unidades básicas de saúde, entre a população rural e nas aldeias indígenas, o que reforça a importância da disponibilização de recursos, de boa estrutura e de um desenho de sistema adequado à realidade local para obter uma promoção de atenção à saúde de qualidade^{8,20,21}.

O diagnóstico durante o pré-natal, ou anteriormente a este, permite a identificação precoce de gestantes soropositivas e é fator primordial para prevenção da transmissão vertical, pois permite a adoção de terapêutica com ARV durante a assistência pré-natal^{18,22-24}. No estudo de Lima *et al.*¹⁵, observou-se que 45,5% gestantes não fizeram profilaxia para HIV durante o pré-natal. Tal fato foi associado a não identificação precoce do status sorológico da gestante, sendo as justificativas encontradas nas fichas de notificação compulsória das gestantes com HIV positivo e crianças expostas, as seguintes: a longa espera em filas para marcar exames, a demora em recebê-los, a realização de poucas consultas pré-natais e a não solicitação do teste HIV pelos profissionais¹⁵.

Atualmente recomenda-se a utilização de esquema antirretroviral combinado, composto por três antirretrovirais de duas classes diferentes, seja como indicação de profilaxia ou de tratamento^{7,22,24}. O esquema profilático deve iniciar precocemente, após o primeiro trimestre, entre a 14ª e a 28ª semana de gravidez. O tratamento antirretroviral deve começar independentemente da idade gestacional em gestantes sintomáticas ou gestantes assintomáticas com contagem de LT-CD4+ d' 350 céls./mm³^{7,15}.

A via de parto mais utilizada foi a cesárea, em consonância com o estudo de Lima *et al.*¹⁵ e Konopka *et al.*¹⁶. Houve o predomínio de parto vaginal nos trabalhos de Torres e Luz³ e de Nishimoto, Eluf Neto, Rozman⁶. Estudos de 1999 evidenciaram que a cesárea eletiva comparada às outras modalidades de parto apresenta menor taxa de transmissão vertical^{25,26}. No entanto, vale salientar que no período de realização desses estudos, os atuais esquemas combinados e a medição dos níveis de carga viral não estavam disponíveis⁷. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a cesariana eletiva deve ser indicada para gestantes HIV+ que não realizaram profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação, que usaram apenas monoterapia com zidovudina (AZT) ou que tenham sua carga viral, com 34 semanas ou mais de gestação, desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml^{7-9,15,23}. Para as mulheres com cargas virais inferiores a 1.000 cópias/ml ou indetectável, a via de parto deverá ser decidida de acordo com a indicação obstétrica^{7-9,15}.

A profilaxia ARV intraparto é realizada com AZT endovenosa para todas gestantes com HIV, independente do tipo de parto, do esquema antirretroviral utilizado no pré-natal e do nível de carga viral⁷. O esquema deve começar no início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva, e ser mantido até o clampeamento do cordão umbilical^{7,15}. As parturientes sem diagnóstico ou profilaxia/tratamento durante o pré-natal, que chegam ao serviço em trabalho de parto e com teste rápido positivo, devem ter prioridade no atendimento, de modo a iniciar o mais rápido possível a infusão intravenosa de AZT durante o trabalho de parto⁷.

No presente estudo, a profilaxia no parto foi realizada em 77,26% dos partos realizados no estado da Paraíba. Valor bem abaixo do observado em alguns estudos na literatura, com cifras superiores a 90%^{3,16,20,22}. Entretanto, valor semelhante foi observado no estudo Nishimoto, Eluf Neto, Rozman⁶, Lima et al¹⁵ e Rodrigues, Vaz, Barros²⁷. É relevante destacar a percentagem significativa de ignorados/ em branco observados em nosso estudo.

Embora a notificação seja compulsória, a mesma nem sempre é completa, o que compromete a avaliação dos dados. Vale ressaltar a necessidade de sensibilizar os profissionais para o preenchimento completo, para a qualidade da informação e implementação de políticas públicas. As principais limitações desse trabalho são a subnotificação e erro no processo de notificação, incluindo a incompletude das fichas de notificação e interrupção do fornecimento dos dados de investigação e desfecho.

Para profilaxia da transmissão vertical do HIV recomenda-se também a não amamentação e substituição do leite materno por fórmula infantil^{3,7,15,27}. Além disso, todos os recém-nascidos expostos devem realizar quimioprofilaxia com AZT em solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto ou nas primeiras 2 horas após o nascimento^{7,27}, tal medida foi adotada pela maioria dos municípios paraibanos onde foram realizados os partos. Não há evidência de benefícios de seu início após 48 horas de vida do neonato⁷. O

tratamento deve ser mantido durante as primeiras 6 semanas de vida^{3,7}.

CONCLUSÃO

Como podemos observar no presente estudo, a infecção do HIV em gestantes atinge mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade, que se autodeclaram pardas e moram na zona urbana. Observa-se que a tendência de interiorização da infecção pelo HIV ainda é incipiente no estado, embora progressiva. A cobertura pré-natal é acessível à maioria das mulheres, bem como o diagnóstico durante o pré-natal. A oferta de ARV às gestantes no momento do parto e aos recém-nascidos atinge cifra próximas a 80%, que deve ser ampliada para garantir a abrangência total dos casos.

Tendo como uma das principais limitações desse trabalho a subnotificação, depreende-se que a notificação e a investigação dos soropositivos devem ser feita no sentido de se produzir informação confiável sobre comportamentos de risco, mecanismos de transmissão, preparação dos serviços de saúde para o acompanhamento e tratamento dessas gestantes e recém-nascidos, entre outras ações. Essa notificação é fundamental para o desenvolvimento de ações públicas e técnicas no combate a essa patologia com a colaboração dos dirigentes dos órgãos públicos e não públicos para estabelecer políticas de prevenção mais eficazes, reduzindo assim o impacto dessa infecção.

Na Paraíba, há a necessidade de se intensificar as ações profiláticas antes da gestação e durante o pré-natal, no intuito de erradicar a transmissão vertical. Para isso, precisa-se garantir uma assistência de qualidade às gestantes que assegure o cuidado no atendimento do binômio mãe-bebê e permita o acesso à tecnologia e equipe multiprofissional para detecção precoce de eventuais intercorrências. Com os dados obtidos, buscou-se contribuir para a caracterização do perfil das gestantes infectadas pelo HIV, de modo a fornecer conhecimento acerca da realidade do estado paraibano para planejar a melhoria do atendimento oferecido.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. *Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS: Resultados, avanços e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em_portugu_s_93155.pdf. Acesso em: 20 mar 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf. Acesso em: 20 mar 2014.

3. Torres SR, Luz AMH. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. Rio Grande do Sul: *Rev Gaúch Enferm.* 2007; 28 (4): 505-511.
4. Soares ML, Oliveira MIC, Fonseca VM, Brito AS, Silva KS. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. Rio de Janeiro: *Ciênc saúde coletiva.* 2013; 18 (5): 1313-1320.
5. Dias CF, Moreira-Silva SF, Reis MA, Patrício LR, Gavioli CFB, Miranda AE. Late diagnosis and HIV infection in children attending a service of specialized care for pediatric AIDS in Brazil. Vitória: *Rev Soc Bras Med Trop.* 2014; 47 (1): 93-96.
6. Nishimoto TMI, Eluf NJ, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. São Paulo: *AMB rev Assoc Med Bras.* 2005; 51 (1): 54-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.* Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf. Acesso em: 20 mar 2014.
8. Araújo LM, Nogueira LT. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. Brasília: *Rev bras enferm.* 2007; 60 (4): 374-379.
9. Panel de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS); Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA); Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en relación con la reproducción, el embarazo, el parto y la profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Barcelona: *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014; 32 (5): 1-113.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).* Disponível em: www.datasus.gov.br > no menu Informações em saúde > Estatísticas Vitais, acessado em 07/03/2014.
11. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRCM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. São Paulo: *Rev saúde pública.* 2007; 41 (Supl. 2): 39-46.
12. Rodrigues Junior, Castilho AL, Euclides A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Uberaba: *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004; 37 (4): 312-17.
13. Reis CT. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. Rio de Janeiro: *Cad. saúde pública.* 2008; 24 (6): 1219-1228.
14. Sousa A, Lyra A, Araújo C, Pontes J, Freire R, Pontes, T. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. América do Norte: *J Manag Prim Health Care.* 2012 jun; 3 (1): 62-6.
15. Lima CTD, Oliveira DR, Rocha EG, Pereira MLD. Manejo clínico da gestante com hiv positivo nas maternidades de referência da região do Cariri. Rio de Janeiro: *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14 (3): 468-476.
16. Konopka CK, Beck ST, Wiggers D, Silva AK, Diehl FP, Santos FG. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. Rio de Janeiro: *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32 (4): 184-190.
17. Almeida JM, Praça NS. Transmissão Vertical Zero: parceria entre o serviço público e o terceiro setor. São Paulo: *Acta paul enferm.* 2009; 22 (4): 374-9.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco.* 1ª ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 20 mar 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 77/MS/GM, de 12 de janeiro de 2012.* Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Lex: Diário Oficial da União nº 10, 13 de janeiro de 2012 – seção II – pág. 42 e 43. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em: 20 mar 2014.
20. Farias JPQ. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. Rio de Janeiro: *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30 (3): 135-141.
21. Fabbro MMFJD. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. Brasília: *Epidemiol Serv Saúde.* 2005; 14 (2): 105-110.
22. Amaral E, Assis-Gomes F, Milanez H, Cecatti JG, Vilela MM, Silva JLP *et al.* Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. Washington: *Rev Panam Salud Pública.* 2007; 21 (6): 357-364.
23. Duarte G, Quintana SM; El Beitune P, Figueiró F, Ernesto A. Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. Rio de Janeiro: *Femina.* 2009; 37 (8): 403-411.
24. Araujo ESP, Friedman RK, Camacho LAB, Derrico M, Moreira RI, Calvet GA, Oliveira MS, Veloso VG, Pilotto JH, Grinsztejn B. Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. Salvador: *Braz J Infect Dis.* 2014; 18 (3): 252-260.
25. Parazzini F. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. London: *Lancet.* 1999; 353 (9158): 1035-1039.
26. READ, J. S. *et al.* The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies: the International Perinatal HIV Group. Boston: *N Engl J Med.* 1999; 340 (1): 977-987.
27. Rodrigues STC, Vaz MJR; Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. São Paulo: *Acta paul enferm.* 2013; 26(2): 158-164.

Correspondência

Priscylla Lins Filgueiras
 Rua Benjamim Maia, 44, Brisamar
 João Pessoa – Paraíba – Brasil
 CEP: 58033-240
 E-mail: priscyllalf@gmail.com