



Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia  
Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologias em Saúde

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
ANÁLISE DA ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENÇÃO À  
GESTANTE HIV<sup>+</sup> EM AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DA REDE  
CONVENIADA DE CURITIBA

Cleide Aparecida de Oliveira  
Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre, Brasil.  
2009



Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia  
Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologias em Saúde

**ANÁLISE DA ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENÇÃO À  
GESTANTE HIV<sup>+</sup> EM AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DA REDE  
CONVENIADA DE CURITIBA**

Cleide Aparecida de Oliveira

**Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Porto Alegre, Brasil.

2009

## BANCA EXAMINADORA

Professores da Banca Examinadora

Professor 1

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariza Machado Kluck

Professor 2

Prof. Dr. Moacir Gerolomo

Professor 3

Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

## DEDICO ESTA DISSERTAÇÃO

a minha filha Thanny Beatriz, pelo amor, estímulo e compreensão;

a Annelise, que com seu cuidado e exemplo de perseverança me incentivou a realizar esse sonho;

a Elisete, pelo estímulo, carinho e incansável ajuda;

aos amigos que de forma carinhosa acompanharam e participaram desta dissertação;

às amigas Eliane e Jussara;

ao Ronaldo, pela arte de saber transmitir conhecimento e paciência;

aos meus pais e meus familiares;

a Deus, fonte de minha fé e luz para minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo contou com o fundamental apoio de muitas pessoas que auxiliaram direta ou indiretamente na construção deste trabalho.

Assim um agradecimento especial de apoio

à Equipe da Atenção à Saúde do Ministério da Saúde;  
à Equipe do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;  
a Beto Richa, prefeito municipal de Curitiba;  
a Luciano Ducci, vice-prefeito de Curitiba e secretário municipal da Saúde;  
a Edimara F. Seegmuller, superintendente executiva em 2008;  
a Beatriz Battistella Nadas, superintendente executiva em 2009;  
a Eliane Regina da Veiga Chomatas; superintendente de gestão;  
a Raquel Ferraro Cubas, diretora do Centro de Informação em Saúde;  
a Mariana Thomaz, coordenadora do Programa DST/Aids;  
a Edvin Javier Boza Jimenez, coordenador do Programa Mãe Curitibana;  
à Dr.<sup>a</sup> Karin Regina Luhm, diretora do Centro de Epidemiologia em 2008;  
ao Dr. Moacir Gerolomo, diretor do Centro de Epidemiologia em 2009;  
a Ana Luiza Schneider Gondim, do Centro de Assistência à Saúde;  
a Rosangela Scucato, do Centro de Educação em Saúde;  
a Anna Paula Penteado, diretora do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria;  
à Equipe de Auditoria da SMS.  
a Cíntia Mara Sandrini de Lima, Izabel Schamne, Kiyoko Oga Kimura e Nicolau Morozowski Filho, do Distrito Sanitário Cajuru.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e siglas

Resumo

Abstract

1	APRESENTAÇÃO .....	10
2	INTRODUÇÃO .....	11
3	REVISÃO DA LITERATURA .....	12
3.1	A Epidemia da Aids .....	14
3.2	O Programa Nacional DST/Aids .....	15
3.3	A transmissão vertical .....	17
3.4	O Programa Mãe Curitibana .....	20
4	OBJETIVOS .....	23
4.1	Objetivo geral .....	23
4.2	Objetivos específicos .....	23
5	MÉTODOS .....	24
6	REFERÊNCIAS .....	27
6.1	Bibliografia consultada .....	29
7	ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO .....	36
8	ANEXOS .....	58
a.	Projeto de pesquisa .....	59
b.	Aprovação do comitê de ética .....	64
c.	Questionários/formulários .....	65

## ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APS	Atenção Primária de Saúde
AZT	Zidovudina
DOU	<i>Diário Oficial da União</i>
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISS	Sistema Integrado de Serviços de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Unaid	Joint United Nations Programme on HIV/Aids
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde - OMS)

## RESUMO

Este estudo analisou uma amostra de 40 gestantes HIV<sup>+</sup>, referenciadas e acompanhadas na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba, 2005. Objetivou analisar, por intermédio dos registros em prontuários, a adesão dos profissionais ao protocolo de atenção a gestantes - Programa Mãe Curitibana. Observou-se que (a) os registros de dados administrativos (nome completo, data de nascimento, endereço e datas das vindas das gestantes ao ambulatório) foram preenchidos em todos os prontuários; (b) dados como da inibição da lactação e orientação para a não amamentação dos recém-natos, filhos de gestantes HIV<sup>+</sup>, não foram registrados nos prontuários em 22,5% e 27,5% respectivamente; (c) a definição do tipo de parto, levando em conta o resultado da carga viral, foi encontrada em 55% dos prontuários; (d) o percentual de parto por cesárea foi de 82,5%, sendo 2/3 programados. Conclui-se que há adesão parcial ao protocolo Assistencial do Programa Mãe Curitibana. Recomenda-se um processo de avaliação sistemática desses serviços, em conjunto com os profissionais da entidade, para que as falhas identificadas nos registros sejam corrigidas.

**Unitermos:** Epidemiologia, Gestão em Saúde, Protocolos Clínicos, Atenção a Saúde, Aids.

## ABSTRACT

This study analyzed a 40 HIV<sup>+</sup> pregnant sample, that were referred and had been attended by the Brazilian's Public Health System - in Curitiba, 2005. The objective was to evaluate the health professionals' adhesion to the "Programa Mãe Curitibana" protocol, by analyzing the medical record data. It was observed that: (a) the administrative data registers (full name, birth date, the prenatal consultations dates) had been registered in all medical records; (b) information about the lactation inhibition and the advice of not to breast-feed the newborn were not registered in 22,5% and 27,5% of medical records, respectively; (c) the delivery type, considering the viral load, were registered in 55% of the medical records; (d) cesarean sections represented 82,5% and 2/3 of these were programmed. The study conclusion is that there is compliance to the assistance protocol of the "Mãe Curitibana" program and it is recommended a systematic evaluation process, in cooperation with the health professionals, to improve data registration.

**Keywords:** Epidemiology, Health Management, Clinical Guidelines, Health Assistance, Aids

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada *Adesão ao protocolo de atenção à gestante HIV<sup>+</sup>, em ambulatório de alto risco da rede conveniada de Curitiba*, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul, em 21 de maio de 2009.

O trabalho é apresentado em três partes:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos e Métodos;
2. Artigo;
3. Conclusões.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

## 2 INTRODUÇÃO

A evolução da epidemia da Aids tem gerado vários conflitos pessoais, familiares e sociais. Esses conflitos se estendem para as políticas de saúde dos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (Brasil, 2007a).

No Brasil, foram notificados ao Ministério da Saúde, de janeiro de 1983 a junho de 2006, 13.171 casos de Aids em menores de 13 anos de idade, sendo 10.846 por transmissão vertical (Brasil, 2007a). Esse número vem se reduzindo ano a ano com a adoção de medidas de prevenção (Brasil, 2007 d). No ano de 2004, estimou-se que cerca de 13 mil parturientes estariam infectadas pelo HIV no Brasil.

No Paraná, o número de casos de Aids notificados de 1984 até janeiro de 2008 foi de 18.770, sendo 760 em menores de 13 anos.

Em Curitiba, assim como em diferentes municípios brasileiros, foram implantadas estratégias de incentivo ao teste anti-HIV para a população geral nas unidades básicas de saúde, com o objetivo de detecção precoce do vírus entre mulheres em idade fértil, incluindo as gestantes, na busca de reduzir a transmissão vertical (Curitiba, 1999).

Assim, diversas ações que promovem a intersectorialidade e a integralidade da atenção à gestante HIV<sup>+</sup> foram implantadas nos serviços de saúde, buscando a redução e a eliminação da infecção por vírus HIV em transmissão vertical (Curitiba, 2005).

Pautado no princípio da integralidade da atenção, em Curitiba o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) tem estruturado um conjunto de ações de assistência, prevenção e promoção à saúde das gestantes. O protocolo do Programa Mãe Curitibana foi institucionalizado para dar uma assistência adequada às gestantes. Para isso, foi necessário implantar e consolidar uma rede de parcerias que pudessem garantir a retaguarda hospitalar e ambulatorial nos diferentes níveis de complexidade.

Considerando a experiência de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, este estudo busca resgatar o cumprimento de ações vinculadas aos fatores protetores e de risco em relação à transmissão vertical do HIV ligados ao protocolo de atendimento, desenvolvido para dar uma cobertura adequada às gestantes.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A identificação do HIV em 1983 mudou o rumo das informações até então tidas pela maioria e veiculadas pela mídia, a qual afirmava que drogas, poluição, fome, miséria e atitudes autodestrutivas eram os agentes causadores da Aids. As novas descobertas demonstravam que o HIV, uma vez introduzido no organismo humano, mesmo que em pequena quantidade, atacava o sistema imunológico da data de sua entrada nos linfócitos até o óbito do paciente, caindo por terra a tese acima (Camargo Jr, 2002). O conhecimento a respeito da doença aumentou rapidamente e surgiu no referencial epidemiológico a expressão *grupos de risco*, incluindo, além dos homossexuais, os hemofílicos e os usuários de drogas injetáveis. De certa forma, isso interferiu de forma negativa na percepção dos indivíduos portadores do HIV que, por não se encaixarem necessariamente nesses grupos, ficavam com a falsa impressão de estarem em segurança; por outro lado, reforçaram-se o preconceito e os estigmas naqueles coletivos populacionais sob risco.

Em 1986, a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde consagrou as ideias do movimento de reforma sanitária, que se tornaram parte da carta magna com a promulgação, em 1988, da nova constituição, marco da redemocratização no país - nascia o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda em 1988, a Organização Mundial da Saúde instituiu 1.<sup>o</sup> de dezembro como o Dia Internacional de Luta contra a Aids. Nesse mesmo ano, ainda foi criado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COA) no Brasil, em Porto Alegre (Brasil, 2002). Uma importante vitória na luta contra a doença foi alcançada: o Brasil adotou uma política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença e o acesso aos medicamentos fez com que a mortalidade pela Aids diminuísse significativamente. Com o passar do tempo, essa estratégia mostrou-se não apenas eficaz, do ponto de vista da redução da mortalidade, mas também poupadora de recursos, na medida em que o tratamento da Aids em seus estágios iniciais consome menos recursos que as repetidas internações dos pacientes em estado grave (Brasil, 2007b; Marty; Martins, 2008).

Desde 1996, o Programa Nacional DST/Aids reúne periodicamente especialistas no tratamento da doença para estabelecer parâmetros de tratamento e

acompanhamento de pessoas com Aids. Esses consensos geram documentos de orientação, que são disponibilizados ao público (Brasil, 2007f).

Em seu início, a epidemia incidia mais em homens do que em mulheres. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1985 a proporção de casos de Aids era de 25 homens para uma mulher (Brasil, 2007).

A epidemia foi se propagando rapidamente e tendo outro perfil: as mulheres começaram a ser diagnosticadas em uma proporção também preocupante (Calvet, Salgado *et al.*, 2007), sendo um grande número dessas mulheres portadoras do HIV na faixa etária entre 15 e 49 anos, ou seja, em plena vida sexual reprodutiva (Brasil, 2007c). Em 2007, dados do Ministério da Saúde estimavam para o Brasil a existência de 600 mil pessoas infectadas, e 474 mil casos da doença confirmada, dos quais 160 mil em mulheres (Brasil, 2007a). Números próximos aos estimados pela Unids/WHO, que coloca o Brasil, em números absolutos, como o país da América Latina com a maior concentração de pessoas vivendo com HIV/Aids (Unids, WHO, 2007).

No Brasil, o número de gestantes é acima de três milhões de mulheres por ano, com uma taxa de prevalência do HIV de 0,42% (Brasil, 2007). Dessa forma, existe necessidade de adoção de medidas preventivas com relação à transmissão vertical do vírus HIV (Ortigão, 1995; Calvet, Salgado *et al.*, 2007), para que as gestantes possam ter acesso medidas de prevenção no caso da transmissão vertical do HIV (Gianvecchio, Goldberg, 2005; DST/Aids, 2007; Brasil, 2007a).

Aids é um tema de dimensões coletivas e, sendo assim, quanto mais forem dadas, para a população em geral, orientações a respeito dos riscos da contaminação e sobre o autocuidado, menores serão as chances de se contrair o HIV. Considera-se que a Aids provoca relações entre vários atores: associações, médicos, cientistas, poderes públicos e outros. Com isso, “a doença (Aids) torna-se então um assunto de grupos, e não somente de indivíduos: ela se manifesta no espaço público e não somente no espaço privado da relação médico-paciente. Ela reassume, dessa maneira, uma dimensão coletiva” (Adam, Herzlich, 2001).

### 3.1 A Epidemia da AIDS

A identificação, em 1981, da síndrome da imunodeficiência adquirida, habitualmente conhecida como Aids, tornou-se um marco na história da humanidade (Chequer, 2005). A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da Aids representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (Brito, Castilho *et al.*, 2001).

Segundo a Unaid/WHO, o número de pessoas infectadas com HIV/Aids no mundo, no ano de 2007, foi de 33,2 milhões. A pandemia do HIV/Aids continua sendo o mais sério desafio entre as doenças infecciosas para a saúde pública mundial. Pesquisas têm indicado que a prevalência global da infecção por HIV permanece no mesmo nível desde 2001, enquanto o número total de pessoas vivendo com HIV está aumentando por causa do tempo de sobrevivência dos portadores, medido em uma população em constante crescimento. Apesar disso, existe uma tendência de declínio de novos casos do HIV em alguns países, nos quais os esforços para reduzir as infecções por HIV são feitos desde 2000-2001 e agora estão apresentando resultados positivos (Unaid, WHO, 2007).

A estimativa é que, dentro do total mundial de 33,2 milhões de pessoas infectadas com HIV/Aids, 15,4 milhões (46,38%) sejam mulheres, com diferenças entre as regiões do globo. Por exemplo, na África subsaariana, onde mais de 22 milhões de pessoas viviam com HIV/Aids em 2007 (Unaid, WHO, 2007), 62% dos infectados eram mulheres, enquanto no Caribe essa taxa cai para 42%. Globalmente, a proporção de mulheres infectadas vem aumentando lentamente, especialmente no leste Europeu, na Ásia e na América Latina. Nessas regiões, homens que se contaminaram pelo uso de drogas injetáveis, durante sexo pago sem proteção ou parceria sexual múltipla com sexo desprotegido, estão transmitindo o HIV para suas parceiras (Unaid, WHO, 2007).

Os menores de 15 anos infectados perfazem, no mundo, 2,5 milhões de pessoas, estimando-se que 420 mil novos casos de infecção por HIV acontecerão a cada ano nesta faixa etária. Globalmente, esse número aumentou em um milhão de crianças desde 2001 (Brasil, 2007c).

A cada dia, mais de 6.800 pessoas se tornam infectadas pelo HIV, e mais de 5.700 pessoas morrem de Aids, principalmente por causa do acesso inadequado aos serviços de prevenção e tratamento do HIV. Seguindo este curso, a cada ano teremos 2,5 milhões de novas pessoas infectadas e 2,1 milhões de óbitos por Aids no mundo, 1,7 milhões entre adultos e 330 mil entre crianças menores de 15 anos (Unaid; WHO, 2007).

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 1980 e 2001 foram notificados 222.356 casos de Aids no Brasil, sendo 158.685 em homens e 55.824 em mulheres, adultos, e 7.847 em crianças (Santos, Tayra *et al.*, 2002). Em 2007, havia em torno de 474 mil casos confirmados da doença e uma estimativa de que seria em torno de 600 mil o número de pessoas vivendo com HIV/Aids (Brasil, 2007a). Especificamente quanto à transmissão vertical do HIV, foco deste estudo, a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa de 13 mil parturientes infectadas (Brasil, 2007e; f).

A propagação da infecção pelo HIV no país revela uma epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil: heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia (Brito, Castilho *et al.*, 2001).

### **3.2 O Programa Nacional DST/Aids**

O Programa Nacional de DST/Aids foi criado em 1986, com a missão de reduzir a incidência do HIV/Aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (Brasil, 2007e). Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de Aids e outras DST; de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações

com maior vulnerabilidade; da redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade (Brasil, 2005).

Em 1994, o Brasil assinou um acordo com o Banco Mundial, alavancando o desenvolvimento do Programa Nacional, com implantação de políticas para essa área, como o caso da política de medicamentos - inicialmente com o AZT (originalmente, *azidotimina*, posteriormente, renomeado como *zidovudina*), que se mostrou eficaz na prevenção da transmissão vertical. A característica essencial do programa é a sua fundamentação nas ações de prevenção e assistência, mesmo antes da introdução da terapia antirretroviral (Brasil, 2007b).

Com a implantação de múltiplos fármacos, foi alcançada uma grande vitória na luta contra a doença, fazendo com que a mortalidade por Aids caísse significativamente. Em 1996, o Brasil adotou a política de distribuição de medicamentos, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela Aids. Essa política tem demonstrado que o tratamento da Aids em seus estágios iniciais é poupador de recursos, além de garantir uma sobrevida com qualidade.

Em 1997, o Programa Nacional estimulou a implantação de novas técnicas laboratoriais, sendo criada a Rede Nacional de Laboratórios para a realização de exames de carga viral e contagem de CD4+/CD8+. Essa rede foi implantada em 2001, inaugurando o estudo genético do HIV na rede pública. Naquele mesmo ano, o Brasil assumiu o compromisso de fabricar medicamentos genéricos, com um preço inferior ao praticado no mercado (Brasil, 2007b). Esse fato o levou, em sua participação na rodada de negociações da Organização Mundial do Comércio, em Doha, a defender a proposta vitoriosa de que as necessidades emergenciais de uma população se sobrepõem aos direitos de patente. Com isso, dos 15 medicamentos distribuídos pelo SUS, oito passaram a ser produzidos nacionalmente. O Programa Nacional se transformou em exemplo internacional, com a marcante característica de integrar prevenção e assistência (Chequer, 2005).

Para fomentar a descentralização das ações, foi instituída uma política de incentivo aos municípios, os quais deveriam receber recursos extras para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/Aids e outras DST, com base em critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das secretarias de saúde. Nesse sentido, a Portaria Ministerial 2.313, de 19 de dezembro 2002, regula o repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais (Brasil, 2003).

Ainda na perspectiva da descentralização das ações, foram implementadas as Normas Operacionais de Assistência (NOAS-SUS 2001). Para expandir a qualidade e o acesso das intervenções, buscou-se a ampliação das ações de promoção e prevenção, a inserção dos grupos mais vulneráveis nas redes de atenção e o acesso aos insumos para adoção de práticas mais seguras, visando à expansão da cobertura, da equidade e da estruturação de serviços assistenciais de referência. Além disso, foram pactuadas as responsabilidades do Ministério da Saúde, dos estados e municípios para aquisição e distribuição de medicamentos antirretrovirais e para tratamento de infecções oportunistas e outras DST, dessa forma ampliando o acesso ao diagnóstico da Aids e outras DST.

Esses processos estão sendo implantados graças ao fortalecimento das parcerias e das articulações intersetoriais governamentais e não governamentais que buscam ainda a promoção dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e Aids. No campo do desenvolvimento tecnológico, devemos destacar a importância da implantação das ações para o diagnóstico precoce, o processo terapêutico via medicamento e condutas de cuidado para a população em geral, especialmente a gestante e seu filho (Brasil, 2007f).

### **3.3 A transmissão vertical**

O primeiro caso reportado de transmissão vertical do HIV-1 no Brasil ocorreu em São Paulo, em 1985, e, apesar da disponibilização de medidas preventivas, o controle efetivo da transmissão vertical continua sendo uma das prioridades da pesquisa e da intervenção em saúde pública (Lorete, 2005). Vale ressaltar que a transmissão vertical do HIV ocorre em 25,5% das gestantes infectadas quando nenhuma ação de prevenção é realizada (Brasil, 2007d). Com ações de prevenção, no entanto, a transmissão pode reduzir-se para menos de 2% (Ruocco, 2001).

No Brasil, a transmissão vertical é considerada a principal via de infecção do HIV nas crianças, fator de desafio à comunidade científica e aos gestores na elaboração de políticas públicas. Assim, várias estratégias têm sido desenvolvidas buscando facilidade de acesso, qualidade de assistência, maior adesão das

gestantes ao pré-natal e ao tratamento e, principalmente, a redução da incidência de infecções (Brasil, 2007).

Duarte e Quintana revisaram os fatores que aumentam o risco de transmissão vertical do HIV, categorizando-os em:

- maternos - durante a gestação permanecer com carga viral elevada seja por estar na fase aguda da doença, por não adesão ao tratamento, por não acesso aos antirretrovirais, por continuar a se contaminar com o parceiro, por fazer uso de drogas ilícitas injetáveis ou por apresentar alguma doença sistêmica que abaixe ainda mais seu sistema imunológico;
- anexiais - perda da integridade placentária, corioamniorrexe prolongada, expressão dos receptores secundários no tecido placentário;
- obstétricos - intervenções invasivas sobre o feto ou câmara amniótica, cardiocografia interna;
- fetais - suscetibilidade genética, expressão de receptores secundários para o HIV-1, função reduzida dos linfócitos T-citotóxicos, prematuridade;
- virais - presença de mutações, fenótipo viral;
- pós-natais - amamentação, carga viral elevada no leite materno, baixa concentração de anticorpos, mastite *clínica*, lesões mamilares e elevada concentração de sódio no leite. (Duarte, Quintana, 2005)

A transmissão vertical do vírus HIV pode ser prevenida por ações múltiplas em cada uma das etapas: intra-útero, a passagem transplacentária sendo responsável por cerca de 30% da transmissão vertical (Duarte, Gonçalves, 2001); intraparto e pós-parto. Atualmente, para evitar o risco de transmissão existem medidas eficazes tais como o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas antirretrovirais, parto cesariano programado e suspensão do aleitamento materno, substituindo-o por leite artificial (fórmula infantil) e outros alimentos, de acordo com a idade da criança (Nishimoto, Neto *et al.*, 2005).

Em 1994, os resultados do Protocolo 076 do Ai 100000000ds Clinical Trial Group (PACTG 076) evidenciaram uma redução de 67,5% na transmissão vertical com o uso da zidovudina (AZT) durante a gestação, trabalho de parto e parto e pelos recém-nascidos que foram alimentados exclusivamente com fórmula infantil (Brasil, 2002).

Essas intervenções estão disponíveis para toda a população de gestantes brasileiras infectadas pelo HIV e seus filhos. Entretanto, as dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial da infecção, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal (principalmente nas populações mais vulneráveis ao vírus) e a qualidade do pré-natal (ainda aquém do desejável) resultam na administração de zidovudina injetável em menos de 50% dos partos do total de mulheres estimadas como infectadas pelo HIV. No entanto, apesar de todas essas dificuldades, nos

últimos anos a incidência de casos de Aids em crianças vem decrescendo progressivamente no país (Brasil, 2005).

Além dos fatores acima, existem também falhas no processo de captação e adesão ao pré-natal que contribuem, do mesmo modo, para o aumento dos índices da transmissão vertical. Entre eles, fatores que permeiam a detecção precoce da infecção pelo HIV na gestação, como o início tardio ou a não realização do pré-natal, a falta da solicitação do exame durante o pré-natal, a solicitação do exame sem avaliação do resultado e a falta de adesão da gestante ao tratamento no pré-natal (Brasil, 2007f).

É evidente que, ao longo dos anos, somado à adoção de ações, o conhecimento dos aspectos e situações que influenciam a transmissão do HIV de mãe para filho tem ocasionado bons resultados. Nesse sentido, Duarte, Quintana e Beitune (2005) relatam que houve uma redução da transmissão vertical de 40% para menos de 3% com todas as medidas de prevenção. Com todas as intervenções, é possível a redução dessa taxa para níveis entre 1 e 2% (Brasil, 2007e).

Entretanto, atualmente é de consenso a necessidade de identificação precoce da sorologia do HIV em gestantes, o que permite o atendimento de pré-natal com a adoção de ações e intervenções diferenciadas (Calvet; Salgado, 2007).

No Brasil, o Programa Nacional DST/Aids tem como recomendações para a prevenção da transmissão vertical a oferta universal do teste anti-HIV no pré-natal; quimioprofilaxia para a gestante a partir da 14.<sup>a</sup> semana de gestação, por todo o pré-natal e durante o trabalho de parto, e para o recém nascido; o tipo de parto; substituição do aleitamento materno pelo leite artificial ou leite humano pasteurizado, disponíveis em bancos de leite (Brasil, 2007). Diante disso, busca-se com empenho a sensibilização e a implementação de estratégias que resultem na diminuição de taxas da transmissão vertical de forma eficiente e eficaz (Curitiba, 2005; Brasil, 2007f).

Estudo multicêntrico do MS, conduzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, estima que a taxa de transmissão vertical do HIV no Brasil, em 2004, foi de 6,8%, variando entre 13,4% na região Norte e 4,35% na região Centro-oeste. A taxa de transmissão para a região Sul ficou em torno de 4,9%. Dentro do Plano Operacional de Redução estabelecido pelo MS, deverá ocorrer uma redução de 30% até 2009, para 3,4%, e para 2,4% em 2011 (Brasil, 2007e).

Em Curitiba, a taxa de transmissão vertical foi de 4,6% em 2005, reduzindo-se a 4,2% em 2007. Segundo dados preliminares, em 2008 poderia chegar a algo em

torno de 3,3% (SMS, 2008). No Paraná, a taxa de transmissão vertical foi de 9,8% em 2005 e, segundo dados preliminares da Secretaria Estadual da Saúde, a taxa de transmissão vertical ficaria em 13,9% em 2008 (SESA, 2008).

Diante dessa situação epidemiológica, considerando que cerca de 30% das gestantes engravidam novamente, e frente à existência de esquema profilático altamente eficaz contra a transmissão materno-infantil do HIV (transmissão vertical), torna-se necessário estabelecer estratégias para que se conheça o mais cedo possível o estado sorológico das gestantes, a fim de iniciar a terapêutica da doença e/ou profilaxia adequada à transmissão vertical do vírus (Brasil, 2007c).

### **3.4 O Programa Mãe Curitibana**

O desafio da descentralização da saúde trouxe para o campo da prevenção e da assistência aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do vírus HIV/Aids a reflexão sobre a necessidade de se reverem processos de gestão, perfis tecnológicos e organização dos serviços da atenção. Desse modo, serão contempladas as demandas das pessoas que vivem com HIV/Aids e segmentos populacionais mais vulneráveis, considerando a relação entre universalidade, integralidade e equidade.

No caso das gestantes HIV<sup>+</sup>, buscou-se o desenvolvimento de protocolos assistenciais objetivando impedir a transmissão do HIV para as crianças, evitando-se novos casos ou futuros casos de Aids infantil. Conforme dados do Ministério da Saúde para 2005, 82,9 % dos casos de Aids em crianças ocorreram por transmissão vertical (Brasil, 2007d).

A detecção precoce do HIV em gestantes é fundamental para definir estratégias de ação tanto para a gestante quanto para o recém-nato. Uma das formas mais sensíveis que se relacionam ao impacto do controle da transmissão vertical do vírus HIV é a adesão ao protocolo de atendimento à gestante e ao bebê (Brasil, 2007 d).

Em Curitiba, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde tem estruturado um conjunto de ações de assistência, prevenção e promoção à saúde das gestantes, de forma que ao iniciar o pré-natal a gestante seja orientada e incentivada a fazer o teste anti-HIV (Curitiba, 2005).

Implantado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em 1999, o Programa Mãe Curitibana preconiza solicitação do teste anti-HIV na primeira consulta para vinculação da gestante nesse processo de atenção, a fim de possibilitar um diagnóstico mais precoce, orientar sobre a quebra da cadeia de transmissão do HIV, disponibilizar preservativos e métodos anticoncepcionais, evitar a transmissão do HIV durante o aleitamento materno com a administração de inibidores da lactação e oferta de leite artificial para a criança, com acompanhamento continuado a fim de favorecer um melhor prognóstico da gestante e de seu filho (Curitiba, 1999). Entre outros, tem-se o objetivo de detectar precocemente o vírus HIV<sup>+</sup> e iniciar a quimioprofilaxia a partir da 14.<sup>a</sup> semana de gestação, procurando assim diminuir a transmissão vertical (Brasil, 2007d).

Para que o Programa Mãe Curitibana fosse implantado e, na sequência, instituído um capítulo destinado ao atendimento da gestante portadora do vírus HIV, promoveu-se um processo de elaboração de bases teórico-metodológicas, amplamente discutido e pactuado com representações da sociedade científica e de trabalhadores de diferentes instâncias do sistema municipal de saúde. Dessa forma, procurou-se garantir sua viabilidade técnica e política tanto na rede própria de atenção primária quanto na rede conveniada, sendo esta responsável pela retaguarda hospitalar e por ambulatório de alto risco.

O Programa Mãe Curitibana procura viabilizar uma rede de assistência à gestante que garanta o aporte de qualidade no pré-natal, com referência necessária estruturada entre os níveis de complexidade técnica assistencial. Busca, também, a predefinição do hospital referência para o parto como condição necessária para dar tranquilidade à gestante e aos trabalhadores da rede de atenção primária à saúde.

Diagnosticar o mais precocemente possível o estado sorológico das mulheres em início de gestação é conduta necessária correspondente a direito das mesmas e dever do Estado para que se possa iniciar o mais o rapidamente o processo terapêutico, procurando assim diminuir a transmissão vertical.

No contexto da descentralização progressiva do Sistema Único de Saúde e com a conseqüente e cada vez mais importante assunção da responsabilidade municipal frente à epidemia, a construção da resposta local adquire relevância cada vez maior. Nesse cenário, o município de Curitiba vem implantando ações voltadas à redução da transmissão vertical do HIV desde 1999.

Desde 2000, a notificação de casos de gestantes HIV<sup>+</sup> e crianças expostas tornou-se obrigatória (Lei 6.259, de 30 outubro de 1975, e Portaria 5, 21 fev. 2006, publicada no *DOU* de 22 fev. 2006, seção1, p. 34), constituindo-se em um dos passos significativos para diagnosticar a magnitude dessa problemática (Brasil, 2007). A notificação obrigatória possibilitou o planejamento de ações para intervenção dos serviços de saúde, a implantação do tratamento e o monitoramento pelos diferentes níveis de gestão dos serviços de saúde (Brasil, 2007e).

Desenvolver, implementar e avaliar sistematicamente a operacionalização do protocolo de atenção permite uma contínua reformulação das ações, visando a um investimento mais racional dos recursos e a capacitação dos profissionais sempre que isso se fizer necessário (Ducci, Pedotti *et al.*, 2001). A qualificação das equipes de trabalho possibilita desenvolver estratégias de melhor adesão da gestante à terapêutica e conseqüentemente medidas de prevenção e promoção mais adequadas.

De outro modo, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado têm sido um desafio para as equipes da atenção primária e os gestores do sistema de saúde no sentido de se buscarem novas abordagens estratégicas para sensibilização e adesão de todas as gestantes que se vinculam nos programas de pré-natal. Nesse aspecto, devem ser superadas as barreiras culturais das equipes e das mulheres que são atendidas nos programa de promoção a saúde da mulher.

Este estudo se insere nesse contexto, buscando avaliar os registros dos prontuários das gestantes HIV<sup>+</sup> acompanhadas na rede de serviços do SUS em Curitiba, após encaminhamento/vinculação em uma unidade de atenção básica, no ano de 2005. Tais registros podem sinalizar se ocorreu ou não a adesão ao protocolo de atenção à gestante por parte dos profissionais de saúde desses referidos serviços.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar a adesão à implantação do protocolo de atenção à gestante HIV<sup>+</sup> desenvolvido no sistema municipal de saúde e implantado nos ambulatórios de referência para atenção em alto risco em Curitiba, segundo seus indicadores de processo, no ano de 2005.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar demograficamente as gestantes soropositivas incluídas no Programa Mãe Curitibana em 2005, acompanhadas nos ambulatórios de alto risco de Curitiba;
- Comparar os procedimentos descritos no Protocolo do Programa Mãe Curitibana com as informações do processo de atendimentos registradas em prontuários dos ambulatórios de alto risco, hospitais e unidades de atenção primária à saúde.

## 5 MÉTODOS

Este trabalho pauta-se pela proposta da pesquisa avaliativa, que “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (Contandriopoulos, Hartz *et al.*, 1997).

A intervenção a ser avaliada é a adesão à implantação do Protocolo Mãe Curitibana no atendimento de gestantes, com base nos registros de informações do atendimento das gestantes nos ambulatórios de alto risco, referência do sistema municipal de saúde, em Curitiba, em 2005. Os componentes avaliativos se referem a conteúdos do processo de trabalho, condutas prescritas com base nos protocolos clínicos e estratégias de abordagem do trabalho das equipes.

Quanto aos objetivos de análise da intervenção, referem-se às condutas registradas no prontuário. Nesse aspecto, podem apresentar vieses porque os procedimentos registrados podem ter sido executados ou não, e os procedimentos executados podem ter sido registrados ou não. No estudo, toma-se por base somente ao ano de 2005, não sendo possível dimensionar os resultados longitudinais nos anos seguintes.

O estudo objetiva comparar os indicadores do processo de atendimento registrados nos prontuários das gestantes HIV<sup>+</sup> nos ambulatórios e hospitais de alto risco, com o recomendado pelo Protocolo do Programa Mãe Curitibana (Curitiba, 2005). Foram definidos como indicadores do processo, presentes no Programa Mãe Curitibana, as seguintes variáveis, que deveriam constar dos prontuários de atendimentos dos serviços conveniados:

- dados administrativos - nome completo, data de nascimento, endereço e datas das vindas das gestantes ao ambulatório;
- aspectos ligados ao pré-natal - número de gestações, início do pré-natal e em que mês na unidade de referência, número de consultas durante o pré-natal;
- conhecimento do diagnóstico de portadora do HIV em relação a esta gestação e início do uso de antirretroviral;
- exames realizados durante o pré-natal - carga viral realizada na referência e ecografia;

- aspectos ligados ao parto - definição do tipo de parto pelo resultado da carga viral, tipo de parto e programação do parto cesárea em função da carga viral;
- medidas educativas - orientação para evitar a transmissão vertical, inibição da lactação, orientação da não amamentação;
- medidas quanto ao recém-nascido - realização do teste sorológico do recém-nato, registro da referência do mesmo para o ambulatório especializado, agenda para retorno da consulta puerperal e consulta pós-parto.

Foi considerado como critério de inclusão o fato de a gestante soropositiva ser atendida pelo Programa Mãe Curitibana em 2005 e ter concluído seu pré-natal sob acompanhamento dos serviços de saúde. Foram excluídas do estudo nove gestantes: quatro casos por abortamento, um óbito fetal, dois casos por se realizar o pré-natal em outras áreas (União Vitória e Rio Negro) e dois casos que, embora tenham concluído seu pré-natal, mudaram de cidade antes de a criança atingir dois anos de idade, impossibilitando o acompanhamento (perda de seguimento). Foram selecionados 40 prontuários, de forma aleatória, em um universo de 91 gestantes soropositivas, incluídas no Programa Mãe Curitibana no ano de 2005, acompanhadas nos ambulatórios de alto risco do Sistema Integrado dos Serviços de Saúde (SISS) de Curitiba. Esse quantitativo foi operacionalmente definido, envolvendo o período disponível para realização deste estudo e quantos prontuários foram disponibilizados para análise pelos serviços durante o mesmo.

Enquanto estratégia de obtenção dos dados em prontuário, em ambas as maternidades de referência não há uma rotina estabelecida de onde ou como efetuar os registros, ou até de como encontrá-los. Em um dos hospitais de referência, o prontuário do pré-natal não é sequer integrado ao prontuário de internamento. Dessa forma, para obter dados de intercorrências, tanto durante o pré-natal quanto por ocasião do parto, necessita-se manusear os dois prontuários, nos quais cada profissional faz registros ao seu próprio modo, mas no partograma há registro dos procedimentos imediatos realizados com o recém-nascido por ocasião do parto. No segundo hospital, há registro de toda ocorrência com a gestante. Contudo, não se faz referência a qualquer procedimento com relação ao bebê.

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido aprovado sob o protocolo de número 08/2008, de 23 de outubro de 2008, e registrado no Sistema de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 14.760.

## 6 REFERÊNCIAS

Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Edusc, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. Aids em números: 2007. [Acesso em 13 nov. 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13f4BF21PTBRIE.htm>>.

Brasil, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Aids - 2005. [Acesso em 08 ago. 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brasil, Ministério da Saúde. DST/Aids, IPN: Brasil decreta licenciamento compulsório de Efavirenz, Decreto n. 6107, de 04 de maio de 2007. [Acesso em 11 ago. 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brasil, Ministério da Saúde. Gestantes HIV+ e crianças expostas: Programa Nacional DST/Aids - 2007. [Acesso em 03 maio 2007] Disponível em: <[www.aids.gov.br/Pages/LUMISC830994DPTBRIE.htm](http://www.aids.gov.br/Pages/LUMISC830994DPTBRIE.htm)>.

Brasil, Ministério da Saúde. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria: Normas e manuais técnicos - 2006 (18): 168. [Acesso em 03 maio 2007] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brasil, Ministério da Saúde. O que é transmissão vertical?: Portal de serviços do governo DST/Aids. 2007. [Acesso em 13 nov. 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS4A27BEOAITEMID1C6F2BAFFO6E4B8BB337>>.

Brasil, Ministério da Saúde. Plano operacional, redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. [Acesso em 05 maio 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Nascer: Coordenação Nacional de DST/Aids - 2003. [Acesso em 05 maio 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brasil, Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes: 2007. [Acesso em 05 maio 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigilância do HIV no Brasil: Novas diretrizes - Coordenação Nacional de DST/Aids, 2002. [Acesso em 19 dez. 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brito AMD, Castilho EAD *et al.* Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista Social Brasileira de Medicina Tropical 2001 mar.-abr.; 34 (2).

Calvet G, Salgado ECJAT *et al.* Transmissão Vertical HIV e recentes avanços: Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Revista Médica 2007; 34.

[Acesso em 05 maio 2008] Disponível em:

<[www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/34c/hivert.ASP](http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/34c/hivert.ASP)>.

Camargo Jr KRD. Prevenções de HIV/Aids: desafios múltiplos. Anais do Seminário da Abia: Conquistas e desafios na assistência ao HIV/Aids. Rio de Janeiro, 2002.

[Acesso em 05 maio 2008] Disponível em: <<http://www.abiaids.org.br>>.

Chequer P. Aids: O desafio de priorizar o HIV/Aids em países com baixa prevalência - A epidemia da Aids na América Latina está sob controle? [Acesso em 08 jan. 2009] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS?5f9787FCPTBRIE>>.

Chequer P. Aids, 20 anos: Esboço histórico para entender o programa brasileiro – 2008. [Acesso em 08 jan. 2009] Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DITEMIDCF21498585DB4D9F8F12>>.

Contandriopoulos AP, Hartz ZMA *et al.* Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. V. 1. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de pré-natal, parto e puerpério do Programa Mãe Curitibana: 1999. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde, 1999.

Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de pré-natal, parto e puerpério do Programa Mãe Curitibana: 2005. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde, 2005.

Duarte G, Gonçalves CV. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em Ggstantes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2001; 23 (2): 107-11.

Duarte, G, Quintana S. Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2005; 27 (11): 698-705.

Ducci L, Pedotti MA *et al.* Curitiba: A saúde de braços abertos. V. 1. Rio de Janeiro: Cebes, 2001.

Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. Cadernos de Saúde Pública 2005 mar.-abr.; 21 (2): 581-88.

Joint United Nations Programme on HIV/Aids (Unaids). Relatório anual da epidemia do HIV/Aids no mundo em 2007. [Acesso em 08 jan. 2009] Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2007EpiUpdate/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2007EpiUpdate/default.asp)>.

Lorete R. Diversidade e resistência do HIV-1 em gestantes soropositivas provenientes das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Dissertação (Mestrado em Biologia Celular e Molecular). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2005.

Marty IK, Martins SK. Avaliação de custo-efetividade das ações preconizadas no Programa Mãe Curitibana para evitar a transmissão vertical do HIV. Curitiba: Imprensa da Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. Revista Associação Médica Brasileira 2005 jan.-fev.; 51 (1): 54-60.

Ortigão MB. Aids em crianças: considerações sobre a transmissão vertical. Cadernos de Saúde Pública 1995 jan.-mar.; 11 (1): 142-48.

Ruocco R. Protocolo assistencial para o parto de gestantes portadoras do HIV. Revista Associação Médica Brasileira, 2001.

Santos NJS, Tayra A, Silva SR *et al.* R. A Aids no estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas de vigilância epidemiológica. Revista Brasileira de Epidemiologia 2002; 5 (3): 286-310.

## 6.1 Bibliografia Consultada

Albuquerque VEPD, Costa MTZD *et al.* Transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana. Pediatria, São Paulo, 1997; 19 (1): 57-64.

Alvarez TR, Núñez IG *et al.* Tratamiento de la gestante seropositiva al VIH y prevención de transmisión vertical. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia 2007; 8 (2): 1-11.

Amaral E, Assis-Gomes F *et al.* Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. Revista Panamericana de Salud Pública 2007; 21 (6).

Barroso LMMEG, Gimenes MT. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/Aids. Texto e Contexto - Enfermagem 2007 jul.-set.; 16 (3).

Bittencourt AL, Sabino EC *et al.* No evidence of vertical transmission of HTLV-1 in Bottle Fed children. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 2002; 4 (2).

Bordin R. Definição de prioridades em saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora /Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Terapia antirretroviral e saúde pública: Um balanço da experiência brasileira. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999.

\_\_\_\_\_. Aconselhamento em DST, HIV e Aids, diretrizes e procedimentos básicos. 4. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids, 2000.

\_\_\_\_\_. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: 2000.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 486. [Acesso em 11 maio 2007] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 569. [Acesso em 11 maio 2007] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Programa de Cooperação Internacional: Ações de prevenção e controle do HIV/Aids para países em desenvolvimento. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes – Coordenação Nacional de DST/Aids. [Acesso em 20 jun. 2007] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/pages/LUMIFB7D5720PTBRIE.htm>>.

\_\_\_\_\_. Projeto Nascer, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids: 2003. [Acesso em 08 dez. 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids: 2004. [Acesso em 08 jan. 2009] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Boletim Epidemiológico-Aids. [Acesso em 01 fev. 2008] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Manuais e normas técnicas, Brasília, 2007; 18 (3).

\_\_\_\_\_. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. *Transmissão vertical do HIV*. Portal de Serviços do Governo DST/Aids. [Acesso em 10 mar. 2008] Disponível em: <[www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS4A27BE0APTBRIE.htm](http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS4A27BE0APTBRIE.htm)>.

\_\_\_\_\_. Aleitamento X mulheres infectadas pelo HIV. [Acesso em 08 jan. 2009] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Definição nacional de caso de Aids em indivíduos menores de 13 anos para fins de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Brito AMD, Castilho EAD *et al.* Aids e Infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2001 mar.-abr.; 34 (2): 207-17.

Brito AMD, Souza JLD *et al.* Tendência da transmissão vertical da Aids após terapia Antirretroviral no Brasil. Revista de Saúde Pública 2006 abr. 40: 18-22.

Calvet G, Salgado ECJAT *et al.* Transmissão vertical do HIV e recentes avanços. [Acesso em 11 nov. 2007] Disponível em: <<http://www.gtpos.org.br/index.asp>>.

Camargo KRD. Prevenções de HIV/Aids: Desafios Múltiplos. Anais do Seminário da Abia: Conquistas e Desafios na Assistência AHIV/IADS. Rio de Janeiro, v. 1, 2002.

Camargo BV, Botelho LJ. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2007 fev.; 41 (1): 1-8.

Cardoso AJC, Griep RH *et al.* Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. Revista de Saúde Pública 2007; 41 (supl. 2).

Carvalho DSD, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 2, 2004. [Acesso em 10 mar. 2007] Disponível em: <[http://www.scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=s0102-311x2004000800017](http://www.scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0102-311x2004000800017)>.

Cavalcante MDS, Junior ANR *et al.* Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2004; 26 (21): 131-38.

Cechim PL, Perdomini FR *et al.* Gestantes HIV positivas e sua não adesão à profilaxia no pré-natal. Revista Brasileira de Enfermagem 2007; 60 (5).

Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. *et al.* Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. V. 1. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Costa JSDD, Victora CG. O que é “um problema de saúde pública?” Revista Brasileira de Epidemiologia 2006; 1 (144-151): 9.

Cruz FO. Transmissão vertical: Um estudo para salvar bebês da Aids. Radis - Comunicação em Saúde 2006 nov.; 51.

Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de pré-natal, parto e puerpério do Programa Mãe Curitibana: 1999. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 1999.

Dhalia C, Barreira D *et al.* A Aids no Brasil: situação atual e tendências – CN-DST/Aids, SPS-MS, 2001. [Acesso em 10 mar. 2007] Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_dez99\\_jun00/aids\\_brasil.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_dez99_jun00/aids_brasil.htm)>.

Duarte G, Gonçalves CV. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2001; 23 (2) 107-11.

Duarte G, Quintana S. Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2005; 27 (11): 698-705.

Ducci L, Pedotti, M. A. *et al.* Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: Cebes, 2001; 1: 201-12.

Everson D. A luta contra a Aids na África. *Criar Notícias*, 2008.

Feliciano KVDO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da Aids. *Revista Brasileira Saúde Materno-infantil*, Recife, 2002 maio-ago.; 2 (2): 157-65.

\_\_\_\_\_. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira Saúde Materno-infantil*, Recife, 2003 out.; 3 (4): 393-400.

Fernandes RCDSC, Araújo LCD *et al.* O desafio da prevenção da transmissão do HIV no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005 jul.-ago.; 21 (4): 1153-59.

Fonseca MGP *et al.* Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Revista Saúde Pública* 2002; 36 (6): 678-85.

Fry PH, Monteiro S *et al.* Aids tem cor ou raça?: Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007 mar.; 23 (3): 497-523.

Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005 mar.-abr.; 21 (2): 581-88.

Gomes FDAS. Impacto das intervenções na redução da transmissão vertical do HIV: Experiência em uma maternidade brasileira de 1990 a 2000. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

Guilhem D, Zicker F. Ética na pesquisa em saúde: Avanços e desafios. V. 2. Brasília: Editora UnB, 2007.

Hartz ZMDA, Silva LMV. Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

A importância da Aids entre adolescentes. [Acesso em 23 dez. 2008] Disponível em: <[http://www.Arscientia.Com.Br/Matéria/Ver\\_Matéria.Php?Id\\_Materia=304](http://www.Arscientia.Com.Br/Matéria/Ver_Matéria.Php?Id_Materia=304)>.

Joint United Nations Programme on Hiv/Aids (Unaid), WHO. Relatório anual da epidemia do HIV/Aids no mundo em 2007: Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. [Acesso em 25 nov. 2008] Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2007EpiUpdate/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2007EpiUpdate/default.asp)>.

Jewkes R, Dunkle K *et al.* Factors associated with HIV sero-positivity in young, rural South African African men. *International Journal of Epidemiology* 2006 out.; 35: 1455-60.

Junior IF, Doring M *et al.* Crianças órfãs vulneráveis pelo HIV no Brasil: Onde estamos e para onde vamos? *Revista de Saúde Pública*, v. 40, 2006. [Acesso em 20 mar. 2008] Disponível em: <[WWW.scielo.br/scielo.php/pid=Soo34-89102006000800005&script=sci\\_arttext](http://WWW.scielo.br/scielo.php/pid=Soo34-89102006000800005&script=sci_arttext)>.

Knauth BR, Hopkins K. Entre desejos pessoais e “prescrição médica”: Tipo de parto e esterilização pós-parto entre mulheres com HIV no Brasil. *Clube de Revista Fórum HIV&Aids* 2003; 11 (22): 113-21.

Kreitchmann, R. Transmissão perinatal do HIV-1 entre participantes do programa de controle do HIV/Aids no Sul do Brasil: Um estudo de coorte. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2004 jan.-fev.; 26 (1).

\_\_\_\_\_. Transmissão perinatal do HIV 1 entre participantes do programa de controle do HIV/Aids. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2004; 26 (1). [Acesso em 10 mar. 2008] Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0110-7232004000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0110-7232004000100015&script=sci_arttext)>.

Marty IK, Martins SK Avaliação de custo-efetividade das ações preconizadas no Programa Mãe Curitibana para evitar a transmissão vertical do HIV. Curitiba: Imprensa da Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

Matida LH, Junior ANR *et al.* Aids por transmissão vertical: Análise de sobrevivência dos casos acompanhados entre 1983 e 2002 nas diferentes regiões do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23 (3). [Acesso em: 10 abr. 2008] Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001500011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001500011&script=sci_abstract&lng=pt)>.

Melo VH, Aguiar RALP *et al.* Resultados maternos e perinatais de dez anos de assistência obstétrica a portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2005 nov.; 27 (11): 683-90.

Minayo MCDS, Deslandes SF *et al.* Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999.

Misuda NM, Soares DA *et al.* Sorologia Anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2008; 8 (2): 1-19.

Moreno CCGS, Rea MF *et al.* Mães HIV positivo e a não amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2006; 6 (2): 199-207.

Neto LFDS. A transmissão vertical do HIV. [Acesso em: 13 dez. 2008] Disponível em: <[http://www.pucsp.br/cipa/artigos/trans\\_vertical\\_HIV.doc](http://www.pucsp.br/cipa/artigos/trans_vertical_HIV.doc)>.

Neves LADS, Gir E, HIV positive mothers beliefs about mother to child transmission. *Revista Latino americana de Enfermagem* 2006; 14 (5).

Núñez IG, Corcho DB. Infección por VIH en Cuba por transmisión vertical: Reporte de nueve casos fatales en 10 años. *Revista Chilena de Infectología* 2008; 25 (1): 41-48.

Odaibo GN, Olaleye DO *et al.* Transmissão materno-fetal de diferentes subtipos de HIV-1 entre gestantes infectadas na Nigéria. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 2006; 48 (2): 77-80.

Oliveira CAF, Soares CL *et al.* A gestação e o resultado indeterminado na pesquisa de anticorpos anti-HIV. São Paulo: Programa Estadual de DST/Aids, 2004.

Ortigão MB. Aids em crianças: Considerações sobre a transmissão vertical. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1995 jan.mar.;11 (1):142-48.

Parker R; Galvão J. *et al.* Conquistas e desafios na assistência ao HIV/Aids. V. 1. Rio de Janeiro:Abia, 2002.

Rezzaghi, A. Transmissão vertical do HIV em gestantes com rotura das membranas ovulares. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2001 jan.mar.; 47 (1).

Rezzaghi A, Ruocco RMDSA *et al.* Estudo retrospectivo de gestantes HIV acompanhadas pela equipe de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Fmusp, de jan. de 1999 a jan. de 2001. [Acesso em 13 dez. 2008] Disponível em: <<http://www.foro2003.sld.cu/recursos/ver.php/rosa?id=908>>.

Romanellii RMDC, Kakehasi, FM *et al.* Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil Pública*, Recife, 2006 jul.-set.; 6 (3):65-76

Ruocco, R. Protocolo assistencial para o parto de gestantes portadoras do HIV. *Revista da Associação Médica Brasileira*; 47 (32001). [Acesso em: 10 mar. 2008] Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000300023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000300023&script=sci_arttext)>.

Santos ÑJS, Tayra A *et al.* A aids no estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas de vigilância epidemiologia. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; 5 (3): 286-310.

Shimazaki ME, Xavier EC. A experiência de Curitiba com o prontuário eletrônico: A ousadia de inovar. [Acesso em: 23 mar. 2007] Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/16.doc>>.

Silva NEKE, Alvarenga ATD *et al.* Aids e gravidez: Os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (3): 474-81.

Strazza L, Massad E *et al.* Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007 jan.; 23 (1): 197-205.

Vasconcelos, ALRD, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? *Revista Brasileira Saúde Materno-infantil* 2005 out.-dez.; 5 (4): 483-92.

Vaz MJR, Barros SMOD. Redução da transmissão Vertical do HIV: Desafio para a assistência de enfermagem. Revista Latino-americana Enfermagem, Ribeirão Preto, 2000 abr.; 8 (2): 41-46.

## 7 ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

### **Análise da Adesão ao Protocolo de Atenção à Gestante HIV<sup>+</sup> em Ambulatório de Alto Risco da Rede Conveniada de Curitiba**

### **Analysis of Compliance to the HIV<sup>+</sup> Pregnant Woman Attention Protocol in High Risk Public Health Clinics in Curitiba, Brazil**

Cleide Aparecida de Oliveira<sup>1</sup>

Ronaldo Bordin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil

<sup>2</sup> Professor Associado, Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Correspondência para os autores:

Cleide Aparecida de Oliveira [cleoliveira@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:cleoliveira@sms.curitiba.pr.gov.br)

Rua Antonio Meireles Sobrinho, 595 - Cajuru

82900-240 - CURITIBA - PR

## RESUMO

Este estudo analisou uma amostra de 40 gestantes HIV<sup>+</sup> que foram referenciadas e acompanhadas na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em Curitiba, em 2005. Objetivou analisar, por intermédio dos registros em prontuários, a adesão dos profissionais ao protocolo de atenção a gestantes - Programa Mãe Curitibana. Observou-se que (a) os registros de dados administrativos (nome completo, data de nascimento, endereço e datas das vindas das gestantes ao ambulatório) foram preenchidos em todos os prontuários; (b) dados como da inibição da lactação e orientação para a não amamentação dos recém-natos, filhos de gestantes HIV<sup>+</sup>, não foram registrados nos prontuários em 22,5% e 27,5% respectivamente; (c) a definição do tipo de parto, levando em conta o resultado da carga viral, foi encontrada em 55% dos prontuários; (d) o percentual de parto por cesárea foi de 82,5%, sendo 2/3 programados. Conclui-se que há adesão ao protocolo assistencial do Programa Mãe Curitibana e recomenda-se um processo de avaliação sistemática desses serviços em conjunto com os profissionais da entidade, para que as falhas identificadas nos registros sejam corrigidas.

**Unitermos:** Epidemiologia, Gestão em Saúde, Protocolos Clínicos, Atenção à Saúde, Aids.

## ABSTRACT

This study analyzed a 40 HIV<sup>+</sup> pregnant sample that were referred and had been attended by the Brazilian's Public Health System, in Curitiba, 2005. The objective was to evaluate the health professionals' adherence to the "Programa Mãe Curitibana" protocol, by analyzing the medical record data. It was observed that: (a) the administrative data registers ( full name, birth date, the prenatal consultations dates) had been registered in all medical records; (b) informations about the lactation inhibition and the advice of not to breast-feed the newborn were not registered in 22,5% and 27,5% of medical records, respectively; (c) the delivery type, considering the viral load, were registered in 55% of the medical records; (d) cesarean sections represented 82,5% and 2/3 of these were programmed. The study conclusion is that there is compliance to the assistance protocol of the "Mãe Curitibana" program and it is recommended a systematic evaluation process, in cooperation with the health professionals, to improve data registration.

**Keywords:** Epidemiology, Health Management, Clinical Guidelines, Health Assistance, Aids.

## **Análise da Adesão ao Protocolo de Atenção a Gestante HIV<sup>+</sup> em Ambulatório de Alto Risco da Rede Conveniada de Curitiba**

Estima-se que em 2007 existiriam 33,2 milhões de pessoas convivendo com o HIV/Aids, sendo 30,8 milhões adultos e 2,5 milhões menores de 15 anos de idade. Nesse mesmo ano, surgiram 2,5 milhões de novos infectados em todo o mundo e 2,1 milhões de óbitos, ainda que tenha ocorrido uma redução de 16% de pessoas infectadas em todo o mundo (LOPES, 2007).

Na América Latina, seria por volta de 1,6 milhão de pessoas infectadas, cerca de um terço delas no Brasil. Até junho de 2005, foram registrados 370.499 casos de HIV/Aids, sendo 118.520 em mulheres (31,9%), uma proporção homem/mulher de 3:1 com a doença (CARDOSO; GRIEP, 2007). Em 2007, essa proporção caiu para 1,5:1 (BRASIL, 2009). Pesa nessa proporção o número de mulheres grávidas infectadas. Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz, sendo que a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa de 13 mil parturientes infectadas anualmente (BRASIL, 2008).

A transmissão vertical do vírus HIV é um dos problemas que deve ser prevenido por meio de ações múltiplas em cada uma das etapas: intra-útero, em que a passagem transplacentária é responsável por cerca de 30% da transmissão vertical (DUARTE; GONÇALVES, 2001), intraparto e pós-parto. Atualmente, existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão, tais como o diagnóstico precoce da gestante infectada; o uso de drogas antirretrovirais; parto cesariano programado; suspensão do aleitamento materno, substituindo-o por leite artificial (fórmula infantil) e outros alimentos, de acordo com a idade da criança (NISHIMOTO; NETO, 2005). Duarte (2005) apresentou uma revisão dos fatores que aumentam o risco de transmissão vertical do HIV. Pelo aspecto materno, consta a carga viral elevada; a desnutrição; as infecções genitais; o uso de drogas ilícitas por via endovenosa; a parceria sexual múltipla com sexo desprotegido; a deficiência da vitamina A; e a baixa adesão ao tratamento ou a dificuldade de acesso ao uso de antirretrovirais. Os

fatores anexiais incluem a corioamniorrexe prolongada; a perda da integridade placentária; e a expressão dos receptores secundários no tecido placentário.

Há também fatores obstétricos como as intervenções invasivas sobre o feto ou a câmara amniótica; a cardiotocografia interna; o tipo de parto; e o contato do feto/recém-nascido com o sangue materno. Os fatores fetais situam-se na expressão de receptores secundários para o HIV-1; na susceptibilidade genética; na função reduzida dos linfócitos T-citotóxicos e na prematuridade. Os fatores virais giram em torno da presença de mutações e nos fenótipo viral. Finalmente, os fatores pós-natais assentam-se na amamentação por apresentar elevada carga viral no leite, por estar com baixa concentração de anticorpos, ter mastite clínica, estar com lesões mamilares e por apresentar elevada concentração de sódio no leite (DUARTE; QUINTANA, 2005).

Pautada pelo princípio da integralidade da atenção, Curitiba estruturou um conjunto de ações de assistência, prevenção e promoção às gestantes, de forma que todas as que iniciassem o pré-natal fossem orientadas e incentivadas a fazer a testagem anti-HIV. Diagnosticar o estado sorológico das mulheres em início de gestação é conduta necessária para iniciar o mais o rapidamente possível o processo terapêutico, objetivando evitar a transmissão vertical.

A detecção precoce do HIV em gestantes é fundamental para definir estratégias de ação, tanto para a gestante quanto para o bebê. Uma das mais sensíveis formas relacionadas com o impacto do controle da transmissão vertical do vírus HIV é a adesão ao protocolo de atendimento à gestante e ao bebê, que em Curitiba denomina-se Programa Mãe Curitibana (CURITIBA, 2005). Implantado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em 1999, ele preconiza a solicitação do teste anti-HIV na primeira consulta, para vinculação da gestante nesse processo de atenção e início da quimioprofilaxia, a partir da 14.<sup>a</sup> semana de gestação, procurando assim diminuir a transmissão vertical. Conforme dados de 2005, do Ministério da Saúde, 82,9% dos casos de Aids em crianças ocorreram por transmissão vertical (BRASIL, 2005b).

Esse programa procura viabilizar uma rede de assistência à gestante, de modo a garantir o aporte de qualidade no pré-natal, estruturada nos níveis de complexidade técnica e assistencial.

O objetivo deste artigo é avaliar por meio dos prontuários de gestantes HIV<sup>+</sup>, a adesão ao protocolo do Programa Mãe Curitibana, no Sistema Integrado de Serviços de Saúde de Curitiba, no ano de 2005.

## MÉTODOS

Foram definidos como indicadores do processo, presentes no Programa Mãe Curitibana, as seguintes variáveis, que deveriam constar dos prontuários de atendimentos dos serviços conveniados:

- a) dados administrativos (nome completo, data de nascimento, endereço e datas das visitas das gestantes ao ambulatório);
- b) aspectos ligados ao pré-natal (número de gestações, início do pré-natal e em que mês na unidade de referência, número de consultas durante o pré-natal);
- c) conhecimento do diagnóstico de portadora do HIV em relação a esta gestação e início do uso de antirretroviral;
- d) exames realizados durante o pré-natal (carga viral realizada na referência e ecografia);
- e) aspectos ligados ao parto (definição do tipo de parto pelo resultado da carga viral, tipo de parto e programação do parto cesárea em função da carga viral);
- f) medidas educativas (orientação para evitar a transmissão vertical, inibição da lactação, orientação da não amamentação);
- g) medidas quanto ao recém-nascido (realização do teste sorológico do recém-nato, registro da referência do recém-nascido para o ambulatório especializado, agenda para retorno da consulta puerperal e consulta pós-parto).

Foram selecionados 40 prontuários, de forma aleatória, de um universo de 91 gestantes soropositivas, incluídas no Programa Mãe Curitibana no ano de 2005, acompanhadas nos ambulatórios de alto risco do Sistema Integrado dos Serviços de Saúde (SISS) de Curitiba. Este quantitativo foi operacionalmente definido, envolvendo o período disponível para realização deste estudo e quantos prontuários foram disponibilizados para análise pelos serviços durante o mesmo. Do total de 100 gestantes, foram excluídas do estudo nove gestantes: quatro casos por abortamento, um óbito fetal, dois casos por realizarem seu pré-natal em outras áreas (União Vitória e Rio Negro)

e dois casos que, embora tenham concluído seu pré-natal, mudaram de cidade antes de a criança atingir dois anos de idade, impossibilitando o acompanhamento (perda de seguimento).

No campo da análise de pertinência, busca-se a coerência de uma prática com fundamentos teóricos (análise estratégica) que demonstre a inclusão e a vigilância à saúde das gestantes pelos serviços de referência. Quanto à qualidade de atenção, avaliam-se os tipos de procedimentos diagnóstico-terapêuticos e condutas clínicas realizadas quando a análise de implantação do Protocolo. Conforme Contandriopoulos *et al.* (1997), refere-se ao “rendimento de uma intervenção”.

Neste estudo, toma-se por base somente uma amostragem de prontuários de gestantes HIV<sup>+</sup> do ano de 2005, ou seja, o demonstrativo de redução de agravos relacionados à qualidade do trabalho dos ambulatórios nesse período. Pode, entretanto, apresentar vieses quanto a procedimentos registrados não terem sido efetivamente executados ou, em sendo executados, não terem sido registrados.

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, tendo sido aprovado sob o protocolo de n.º 08/2008, de 23 de outubro de 2008.

## RESULTADOS

Na tabela 1, encontram-se as características demográficas (idade e número de gestações) da amostra.

**Tabela 1 - Características demográficas da amostra**

Variável	n (%)
Idade ( anos)	
Média $\pm$ DP	27,9 $\pm$ 5,6
Mediana	28
Mínima	18
Máxima	42
Número de gestações	
1	7 (17,5)
2	6 (15,0)
3	12 (30,0)
4	10 (25,0)
5	4 (10,0)
7	1 ( 2,5)

Na tabela 2, encontra-se a frequência e o percentual de registro em prontuário dos indicadores de processo, presentes no Programa Mãe Curitibana.

**Tabela 2 - Frequência e percentual de registro em prontuário dos indicadores de processo, presentes no Programa Mãe Curitibana.**

<b>Indicadores de processo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dados administrativos:</b>		
nome completo, data de nascimento, endereço e datas das vindas das gestantes ao ambulatório	40	100,0
<b>Aspectos ligados ao pré-natal:</b>		
- número de gestação	40	100,0
- início do pré-natal	40	100,0
- mês de início do pré-natal na unidade de referência	30	75,0
- número de consultas durante o pré-natal	40	100,0
<b>Conhecimento ou não do diagnóstico de portadora do HIV em relação a esta gestação:</b>		
	40	100,0
<b>Início de uso de antirretroviral</b>		
	40	100,0
<b>Exames realizados durante o pré-natal:</b>		
- carga viral	37	92,5
- ecografia	34	85,5
<b>Aspectos ligados ao parto:</b>		
- tipo de parto	40	100,0
- programação do parto tipo cesárea em função da carga viral	20	50,0
<b>Medidas educativas:</b>		
- orientação para quebra da cadeia de transmissão	03	7,5
- inibição da lactação	31	77,5
- orientação da não amamentação	28	70,0
<b>Medidas quanto ao recém-nascido:</b>		
- realização de teste sorológico	03	7,5
- encaminhamento para ambulatório de especialidade	07	17,5
- agenda para retorno da consulta puerperal	32	80,0
- consulta pós-parto	12	30,0

Devem-se considerar, na tabela 2, as condutas envolvendo o atendimento do recém-nascido. Havia registro da realização do teste sorológico no recém-nato em 3 (7,5%) prontuários das gestantes. Considera-se que essa informação deva estar registrada no prontuário do próprio recém-nato. Em 33 (82,5%) prontuários, não havia registro de encaminhamento do recém-nato para a unidade especializada. No entanto, é um procedimento importante para monitoramento do recém-nascido, da mesma forma que o é o registro de agenda para retorno de consulta puerperal, fato registrado em 32 (80%) prontuários (BRASIL, 2002).

Na tabela 3, encontra-se o mês de início do pré-natal nas unidades de atenção primária e nos serviços de referência, sem diferença significativa entre os mesmos ( $p=0,13$ , excluindo-se os casos sem adesão).

**Tabela 3 – Mês do início do pré-natal nas unidades de atenção primária e de referência para risco**

Mês de início	Atenção Primária		Referência	
	n	%	n	%
1	4	10,0	0	0,0
2	8	20,0	4	10,0
3	5	12,5	10	25,0
4	3	7,5	6	15,0
5	3	7,5	5	12,5
6	1	2,5	4	10,0
7	2	5,0	2	5,0
8	4	10,0	5	12,5
9	0	0,0	3	7,5
Sem adesão	10	25,0	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 4, encontram-se o número e a média de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes HIV<sup>+</sup> nas unidades de atenção primária e nos ambulatórios de alto risco. Ocorreu diferença significativa ( $p=0,008$ ) entre os serviços quando considerados os casos sem adesão ao pré-natal e entre as consultas realizadas, conforme a amostra e os dados presentes no SINASC para

Curitiba ( $p=0,000$ ), já que neste consta que 86% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

**Tabela 4 - Número e média de consultas de pré-natal realizadas para as gestantes HIV<sup>+</sup> nas unidades de atenção primária e de referência para alto risco**

Número de consultas	Atenção Primária		Referência	
	n	%	n	%
0	10	25,0	1	2,5
1 a 3	10	25,0	6	15,0
4 a 6	5	12,5	10	25,0
7 ou +	15	37,0	23	57,5
Média	5,57		7,05	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

A tabela 5 demonstra o início do uso do medicamento antirretroviral segundo orientações do protocolo do Programa Mãe Curitibana (o qual considera a orientação do Ministério da Saúde).

**Tabela 5 – Semana de início do uso do medicamento antirretroviral no pré-natal de alto risco**

Semana de início	n	%
Até 14	21	52,5
15 a 20	8	20,0
21 a 25	5	12,5
26 a 30	2	5,0
Acima de 30	4	10,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Segundo protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007e), o período ideal para início do tratamento é a partir da 14.<sup>a</sup> semana de gestação. No grupo de estudo (tabela 4), 21 (52,5%)

gestantes iniciaram o tratamento até a 14.<sup>a</sup> semana – ou seja, já estavam em tratamento para HIV/Aids por ocasião da gravidez.

**Tabela 6 - Número e proporção de gestações nos prontuários das mulheres participantes do estudo e na população geral de gestantes, segundo o SINASC -Curitiba, 2005.**

N.º de gestações	Amostra		Sinasc 2005	
	Nº	%	nº	%
1	7	17,5	11919	48,8
2	6	15,0		
3	12	30,0	10639	43,5
4 e +	15	37,5	1881	7,7
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>24439</b>	<b>100,0</b>

Na tabela acima encontra-se a comparação entre o número de gestações da amostra e as registradas no SINASC para a população geral de gestantes em Curitiba, 2005. Na tabela 7, encontra-se a relação entre a programação do tipo de parto e a carga viral da gestante. Do total de 40 prontuários das gestantes estudadas, 33 (82,5%) tiveram parto tipo cesárea e 7 (17,5%) tiveram parto tipo vaginal.

**Tabela 7 – Programação do parto em relação ao conhecimento sobre a carga viral**

Definição do parto pela carga viral	Tipo de parto	
	Cesárea	Vaginal
Sim	20	2
Não	13	5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>7</b>

## DISCUSSÃO

O processo de discussão deste estudo implica resgatar os principais aspectos demonstrativos da implantação do protocolo de atenção à gestante HIV<sup>+</sup> que, desenvolvido no sistema municipal de saúde, foi implantado nos ambulatórios de referência para atenção em alto risco a todas as gestantes HIV<sup>+</sup> inscritas no pré-natal em Curitiba no ano de 2005.

A idade materna na amostra e no universo de mães de nascidos vivos residentes em Curitiba em 2005, obtida pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC/SUS), não apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,31$ ). Os dados também apontam para uma maior proporção de múltiparas na amostra ( $p=0,000$ ). Contudo, deve-se ter cautela, pois nos dados do Sinasc não estão incluídas as gestações que resultaram em óbitos fetais e bebês natimortos.

A média de 27,9 anos de idade encontrada na amostra se enquadra nesse perfil. A idade média encontrada, de 27,9 anos é inferior aos 28,6 anos encontrados em estudo retrospectivo de 47 gestantes portadoras do HIV acompanhadas pela equipe de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Fmusp, no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2001 (REZZAGHI; RUOCCO *et al.*, 2003), e aos 29,1 anos do estudo que abrangeu toda a população de gestantes infectadas pelo HIV assistidas no pré-natal de alto risco do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2004 (ROMANELLI; KAKEHASI *et al.*, 2006). Entretanto, é superior aos 24,9 anos presentes em estudo realizado pela Universidade Federal de Brasília (CARDOSO; GRIEP *et al.*, 2007).

Os dados demonstram uma concentração de 22 (55%) de mulheres com 3 ou 4 gestações, sendo que 7 (17,5%) gestantes HIV<sup>+</sup> são primíparas. A média de 3,05 gestações desse grupo está acima da média de gestações das mulheres que tiveram filho no ano de 2005 em Curitiba. Os registros indicam que há adesão à maioria das orientações preconizadas no protocolo do Programa Mãe Curitibana. Assim, os dados administrativos - incluindo nome completo, data de nascimento, endereço e datas de consulta das gestantes ao ambulatório - estavam preenchidos nos 40 prontuários de gestantes HIV<sup>+</sup> analisados neste estudo. Aspectos relacionados ao pré-natal, conhecimento de

diagnóstico prévio de portadora de HIV/Aids e emprego de antirretrovirais, além de exames realizados durante o pré-natal, estavam registrados na maioria dos prontuários.

Aspectos ligados ao pré-natal, como número de gestações, início do pré-natal e em que mês na unidade de referência e número de consultas durante o pré-natal encontravam-se registrados na totalidade dos prontuários.

O tratamento da Aids faz parte da atenção primária à saúde e essa atenção tem sido dada à população (DUCCI; PEDOTTI, 2001). No entanto, mesmo com a disponibilização de um processo permanente de informação na mídia e nos serviços de saúde, com programas desenvolvidos pelas equipes mais próximas das famílias e das comunidades, bem como processos de vigilância às mulheres soropositivas, o número maior de gestações poderia significar um desconhecimento das consequências da transmissão vertical. As causas prováveis podem estar associadas a condicionantes socioculturais das gestantes, o que exige da gestão dos serviços de saúde novas estratégias, que não se limitem a uma atuação efetiva em campanhas de promoção e prevenção. Observou-se nos prontuários que 10 gestantes apresentavam vulnerabilidade socioeconômica e 6 gestantes, algum tipo de dependência química, sendo que 10 das gestantes (25%) foram vinculadas diretamente aos ambulatórios de referência, sem passar pela vinculação nas unidades de atenção primária, e que 25 (62,5%) apresentam situação de risco pela inserção tardia no pré-natal de risco.

Se considerado o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), que aponta como situação ideal a realização de 6 consultas durante o pré-natal, 27 (67,5%) mulheres tiveram essa cobertura no ambulatório de risco. Contudo, o protocolo do Programa Mãe Curitibana estabelece como parâmetro ideal a realização de 7 consultas no pré-natal, situação atingida por 23 (57,5%) gestantes.

Convém ressaltar que a maioria das gestantes passou por uma ou mais consultas nas unidades de atenção primária antes da vinculação no ambulatório de alto risco e continuaram a ser acompanhadas em tais unidades durante e após o pré-natal. Muitas gestantes vinculadas no ambulatório de risco continuaram sendo cuidadas pelas equipes de atenção primária, em um espaço

que detém os atributos de vínculo e vigilância integral à saúde da gestante e de sua família. Assim, caso se some os atendimentos, o parâmetro ideal teria sido atingido em uma maior proporção de casos.

Na totalidade dos prontuários havia registro do período em que a gestante tomou conhecimento de seu diagnóstico de portadora de HIV, qual seja: 28 (70%) o detinham antes desta gestação, 11 (27,5%) o obtiveram durante o pré-natal e uma (2,5%) no momento do parto. Fica claro que o conhecimento anterior de ser portadora do vírus HIV não foi impeditivo para parcela das gestantes engravidarem.

O conhecimento precoce do diagnóstico de HIV/Aids e adesão no protocolo permite o tratamento adequado, diminuindo os riscos da transmissão vertical. Em todos os prontuários havia registro do uso de antirretroviral. Vale registrar que o uso de antirretrovirais fez diminuir a tendência de morbimortalidade por Aids no Brasil (BRASIL, 1999) e, se iniciado ainda no primeiro trimestre da gestação, reduz a possibilidade da transmissão vertical (SAMPAIO NETO, 2000).

Da totalidade dos prontuários havia registro de carga viral e ecografias realizadas nos ambulatórios de referência. A definição do tipo de parto e programação deste em função do resultado da carga viral do último trimestre de gestação estava registrado em 50,0% dos prontuários, conduta esta objetivando reduzir o risco de transmissão vertical (THE INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP, 1999).

Do total de gestantes estudadas, 29 (72,5%) realizou exame ecográfico até a vigésima sexta semana de gestação, medida que ajuda a controlar a saúde da gestante, reduzindo a chance de agravos maternos, além de proporcionar o diagnóstico e tratamento preventivo (QUINTANA e DUARTE, 2008).

Sabe-se que o ato de amamentar abrange dimensões construídas cultural, social e historicamente (MORENO; REA; FILIPE, 2006) e que a inibição da lactação se conforma em decisão emocionalmente desgastante. Para minimizar o custo para a mãe, a orientação deve enfatizar a transmissão vertical, vinculando a inibição da lactação à proteção do recém-nascido. Em

37 (92,5%) prontuários das gestantes HIV<sup>+</sup>, não havia registro de orientação para evitar a transmissão vertical, o que não significa que esta não ocorreu.

O bebê recebe da mãe, durante a gestação, os anticorpos contra o HIV e os mantém no organismo até 12 meses após o nascimento. Por isso, mesmo que ele não tenha se infectado pelo vírus, os resultados dos exames de pesquisa dos anticorpos podem ser positivos (BRASIL, 2000). Essa medida faz parte de uma rotina estabelecida para um monitoramento do recém-nascido, sendo importante para o acompanhamento e a avaliação do estado sorológico do recém-nascido. Além disso, faz parte das medidas de prevenção da transmissão vertical da Aids. Daí a importância desse teste logo nos primeiros dias de vida do recém-nascido.

A Portaria 1.067-GM, de 4 de julho de 2005, é clara ao observar que deve haver incentivo para o retorno de consulta puerperal (BRASIL, 2005a). No protocolo Mãe Curitibana essa orientação faz parte das rotinas estabelecidas, uma vez que na unidade especializada são analisados todos os fatores de risco ao bebê. Apesar da importância desse serviço, apenas em 12 (30%) prontuários ocorreu registro da consulta pós-parto. Esse procedimento deve fazer parte das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos bebês recém-nascidos. O protocolo Mãe Curitibana disponibiliza esse serviço. Como explicam Marty e Martins (2008),

No momento da alta da maternidade da mãe e bebê, ocorre o agendamento para a primeira consulta puerperal e do recém-nato por Sistema Integração implantado em 2006 (*on-line*), a ser realizado na Unidade de Saúde de origem, pelo enfermeiro. A mulher tem acompanhamento clínico conforme protocolo específico e é inscrita no Programa Planejamento Familiar. O recém-nato é cadastrado no Programa da Criança e passa a receber o leite artificial até o sexto mês de vida. [...] A criança é monitorada (radar pela Unidade de Saúde e Distrito Sanitário em relação ao tratamento medicamentoso, alimentação adequada e puericultura).

A falta de registro nos prontuários dos serviços de referência às gestantes de alto risco demonstra que este fator dificulta avaliar se houve por parte dos profissionais de saúde, adesão ao Protocolo do Programa Mãe Curitiba. Problemas quanto à qualidade dos registros médicos já foram apontados em diversos estudos (FONSECA; LAURENTI, 1974; PEREIRA; CASTRO, 1978; e CURY; CHIARAVALOTTI NETO; ZANETTA, 2005, por exemplo). A implantação do protocolo do Programa Mãe Curitibana fez um diferencial na qualidade de atenção às gestantes, e com isso

houve uma redução significativa na taxa de mortalidade materna e mortalidade infantil, desde a sua implantação até 2008 (SIM, 2000-2008). Os registros inadequados em prontuários e a falta desses registros podem demonstrar que há vulnerabilidade na pactuação entre as condutas da rede primária de atenção à saúde e os ambulatórios de referência vinculados ao Sistema Integrado dos Serviços de Saúde Curitiba (SISS). Tais dados são fundamentais para estabelecer o monitoramento do recém-nato e da puérpera, a fim de evitar possíveis agravos e/ou transmissão vertical do vírus HIV para o recém-nascido.

## CONCLUSÕES

Este estudo compara os indicadores do processo de atendimento registrados nos prontuários das gestantes HIV<sup>+</sup> nos ambulatórios e hospitais de alto risco, com base nos indicativos do protocolo do Programa Mãe Curitibana, implantado em 1999 no Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) de Curitiba.

Contudo, foi evidenciada falta de registro em itens específicos, envolvendo principalmente aspectos relacionados às medidas educativas e quanto ao recém-nascido, condutas necessárias para a vigilância à saúde da mãe e do recém-nato.

A cooperação técnica entre o município e a rede de retaguarda do Sistema Integrado de Serviços em Saúde precisa aprimorar um processo de avaliação e acompanhamento do protocolo, voltado à quebra da cadeia de transmissão do vírus da Aids em gestantes. Torna-se necessário trabalhar um processo de rotinas nos serviços, incluindo a forma de apropriação dos dados das pacientes em prontuário. Também é necessário o estabelecimento de um processo de avaliação de prontuários, juntamente com a realimentação para os profissionais da rede de todo o Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

Mais estudos devem ser realizados com esse tema com o intuito de melhorar as informações e, dessa forma, subsidiar o gestor para as implementações que se fizerem necessárias.

Considerando que a adesão das gestantes ao pré-natal está relacionada aos determinantes de condições de vida (base econômica e estrutura familiar) e que 25% das gestantes deste estudo se encontravam em situação de vulnerabilidade ou risco, 15% apresentavam algum tipo de dependência química, 70% tinham conhecimento prévio de sua condição de ser portadora do vírus HIV e sua referência para um serviço especializado ocorreu anteriormente à gestação, sugere-se a implantação de uma estrutura de proteção social a esse segmento de mulheres.

Sugere-se ainda um processo de educação continuada entre as equipes da atenção primária e dos ambulatórios de referência para que sejam estabelecidas rotinas e pactuadas condutas clínicas assistenciais.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. **Debate sobre o artigo de Helligonda Maria Dutilh Novaes**. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800009)>. Acesso em: 19 abr. 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Terapia antirretroviral e saúde pública**: Um balanço da experiência brasileira. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Lei 1.067-GM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a.
- \_\_\_\_\_. **Curso básico de vigilância epidemiológica em HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- \_\_\_\_\_. **Transmissão vertical do HIV**. Portal de Serviços do Governo DST/Aids, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Aids no Brasil, Aids no mundo**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 05 jan. 2009
- CARDOSO, A. J. C. *et al.* Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 41, supl. 2, dezembro, 2007, p. 101-08.
- CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de pré-natal e puerpério do Programa Mãe Curitibana**. V. 2. Curitiba: Cebes, 2005.
- CURY, M. R. C. O.; CHIARAVALOTTI NETO, Francisco; ZANETTA, Dirce M. T. Avaliação de concordância entre diagnósticos clínicos e relatórios finais de autópsias em hospital universitário, São Paulo. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, 2005, p. 3-7.
- DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria; EL BEITUNE, Patrícia. Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, Nov. 2005, p. 698-705.
- DUCCI, Luciano *et al.* **Curitiba**: A saúde de braços abertos. V. 1. Rio de Janeiro: Cebes, 2001.
- FELICIANO, Katia Virgínia de O.; KOVACS, Maria Helena. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v. 3, n. 4, 2003, p. 393-400.
- FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; LAURENTI, Ruy. **Qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil**. Disponível em: <[www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0034-89101974000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0034-89101974000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 abr. 2009.
- LOPES, Hélio Vasconcellos. Aids 2007: Os novos dados no Brasil e no mundo. **Revista Panamericana de Infectologia**, v. 9, n.4, 2007, p. 65-66.

MARTY, Inês Kultchek; MARTINS, Soriane Kieski. **Avaliação de custo-efetividade das ações preconizadas no Programa Mãe Curitiba para evitar a transmissão vertical do HIV.** Apostila, 2008.

MORENO, C. C. G. S.; REA M. F. *et al.* Mães HIV positivo e a não amamentação. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v. 6, n. 2, 2006, p. 199-208.

NISHIMOTO T.M.I.; ELUF NETO J. *et al.* Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, 2005, p. 54-60.

NUNES, Ana Maria. **Acurácia do preenchimento dos atestados de óbito com a validação diagnóstica por meio das autópsias realizadas em hospital universitário do município de São Paulo.** Disponível em: <[www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&b](http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&b)>. Acesso em: 19 abr. 2009.

PEREIRA, Maurício Gomes; CASTRO, Elca da Silva. **Avaliação do preenchimento de declarações de óbitos: Brasília. DF (Brasil).** Disponível em: <<http://74.125.47.132/search?q=cache:9Uso10W9PHcJ:www.scielo.br/pdf/rsp/v15n1/03.pdf+>>. Acesso em: 19 abr. 2009.

QUINTANA, Silva Maria; DUARTE, Geraldo. **Assistência pré-natal para gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e do papiloma vírus humano (HPV).** Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com>>. Acesso em: 23 dez. 2008.

SAMPAIO NETO, Luiz Ferras de. **A transmissão vertical do HIV.** Disponível em: <[http://www.pucsp.br/cipa/artigos/trans\\_vertical\\_HIV.doc](http://www.pucsp.br/cipa/artigos/trans_vertical_HIV.doc)>. Acesso em: 23 dez. 2008.

## 8 ANEXOS

Anexo A: Projeto de Pesquisa

Anexo B: Aprovação do Comitê de Ética

Anexo C: Questionários/formulários

## a. Projeto de Pesquisa

### I. Questão de Pesquisa

A qualidade de adesão das gestantes HIV<sup>+</sup> ao protocolo assistencial da SMS Curitiba contribuiu para soroconversão das crianças até 18 meses, nascidas entre 2002 e 2005?

### Objetivo geral

Avaliar o universo de gestantes soropositivas atendidas no sistema municipal de saúde no período de 2002 a 2005, relacionando casos de crianças que permaneceram soropositivas com o processo de vigilância à saúde (pré-natal, parto, puerpério e puericultura) e outros condicionantes que contribuíram ou não para soroconversão da criança filha de mãe HIV<sup>+</sup>.

### Objetivos específicos

- Caracterizar as gestantes soropositivas, incluídas no Programa Mãe Curitibana entre 2002 e 2005, avaliando a adesão ao protocolo de atenção à saúde da mãe e da criança.
- Estabelecer a prevalência de crianças que permaneceram soropositivas aos 18 meses.
- Relacionar indicadores de adesão: idade da mãe, escolaridade, condições de moradia, trabalho, profissão, parceiro na gestação, número de gestações, dependência química e doenças crônicas, amamentação, entre outros fatores que implicam na qualidade de saúde da gestante.

### II. Justificativa (relevância, originalidade, encadeamento em linha de pesquisa prévia)

A relevância deste estudo consiste na possibilidade de caracterizar, demonstrar e avaliar o impacto de um programa de uma política municipal de saúde, voltado à análise do processo de vigilância à saúde, compreendendo resgatar as ações de assistência, prevenção e promoção da saúde da gestante HIV<sup>+</sup>, no sentido proporcionar maiores possibilidades de uma soroconversão da criança. Assim, busca demonstrar o impacto do protocolo de atenção assistencial, já consolidado no Sistema de Serviços de Saúde (Siss) em Curitiba, desde 1999, estratégia do Programa Mãe Curitibana.

Portanto, a pesquisa define como problema o conjunto de capacidade técnica assistencial, considerando a realidade dos sujeitos envolvidos em sua dimensão sociocultural.

A transmissão vertical do vírus HIV pode ser prevenida por ações múltiplas em cada uma das etapas: intra-útero, em que a passagem transplacentária é responsável por cerca

de 30% (DUARTE; GONÇALVES *et al.*, 2001); intraparto e pós-parto. Atualmente, existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão, tais como o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas antirretrovirais, parto cesariano programado, suspensão do aleitamento materno substituindo-o por leite artificial (fórmula infantil) e outros alimentos de acordo com a idade da criança (NISHIMOTO; ELUF NETO *et al.*, 2005). Duarte *et al.* apresentam uma revisão dos fatores que aumentam o risco de transmissão vertical do HIV: maternos, anexiais, obstétricos, fetais, virais e pós-natais (DUARTE; QUINTANA *et al.*, 2005).

A taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV<sup>+</sup>. Com ações de prevenção, no entanto, a transmissão pode reduzir-se para menos de 1% (Brasil, 2007). No ano de 2004, estimou-se que cerca de 12 mil parturientes estavam infectadas pelo HIV no Brasil. Foram notificados ao Ministério da Saúde, de janeiro de 1983 a junho de 2006, 13.171 casos de Aids em menores de 13 anos de idade por causa de transmissão vertical. Esse número vem se reduzindo ano a ano com a adoção de medidas de prevenção (Brasil, 2007).

Considerando nossa experiência de trabalho, buscamos neste estudo resgatar fatores protetores e de risco à transmissão vertical com relação a condicionantes socioculturais, ou seja, idade da mãe, grau de escolaridade, condições econômicas, rede de apoio familiar e comunitária, entre outros aspectos a serem identificados.

Diversas ações ligadas à intersectorialidade e à integralidade da atenção à gestante HIV<sup>+</sup> estão sendo implementadas nos serviços de saúde, buscando a redução e a eliminação da infecção por vírus HIV em transmissão vertical. Este estudo busca explorar mais os diversos fatores e/ou eventos que influenciam a transmissão materno-infantil da Aids.

### III. Planejamento da Pesquisa

Este trabalho pauta-se na proposta de pesquisa avaliativa, assim descrita: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção (programa) ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 31) Argumenta-se ainda que um programa, qualquer que seja,

pode sofrer os dois tipos de avaliação. [...] por um lado, estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios - avaliação normativa - e por outro, examinar por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção - pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 31).

Detalhando a concepção e seus múltiplos enfoques, esses autores defendem que a pesquisa avaliativa

trata de analisar a pertinência e os fundamentos teóricos (análise estratégica), os objetivos (análise da intervenção), a produtividade, os efeitos (análise de efetividade) e o rendimento de uma intervenção e o contexto (análise de implantação) no qual ela se situa” (Contandriopoulos *et al.*, 1997, p. 31).

Assim, buscamos operacionalmente avaliar o universo de casos de crianças que permaneceram soropositivas após 18 meses de idade, cujas mães estavam incluídas no Programa Mãe Curitibana, de janeiro de 2002 a julho de 2005. Demonstrar o processo de adesão ao conjunto de intervenções terapêuticas assistenciais desenvolvidas à gestante por meio do protocolo do referido programa, nas diferentes instancias de atenção. Os dados serão obtidos a partir dos prontuários clínicos dessas gestantes em unidades de saúde, hospitais de referência para gestantes de risco, além do banco de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc). A análise dos indicadores de adesão, além dos dados registrados em prontuários envolverá entrevistas com os profissionais de saúde que as assistiram no pré-natal e pós parto.

Variáveis			Onde coletar
MÃE	Fatores sociodemográficos	Condições de moradia, trabalho, profissão	prontuário US
		Idade da mãe	
		Escolaridade	Sinasc
	Renda		
	Fatores biológicos	Doenças agudas e/ou crônicas.	prontuário US e/ou hospital Sinasc
		Intercorências ou eventos de emergência	
		Adesão ao protocolo assistencial - início e fim do pré-natal	
	Fatores comportamentais	Sensibilização e compromisso com a gestação	Prontuário US e/ou hospital
		Resposta às agendas de consultas e procedimentos	
		Abandono ou recusa do tratamento	

BEBÊ	Fatores biológicos	Sinais vitais	Prontuário US e/ou hospital
		Doenças severas e/ou síndromes	
		Medicação administrada	

#### IV. Questões Éticas

A pesquisa será condicionada ao cumprimento dos princípios éticos e à legislação do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa, de acordo com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

#### V. Cronograma

1. Discussão do pré-projeto.
2. Entrada do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa.
3. Cálculo da amostra e seleção dos casos;
4. Coleta de dados nas bases de informação: Sinasc; prontuários da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e hospitais conveniados ao Siss Curitiba.
5. Análise dos dados (estatística).
6. Elaboração do relatório.
7. Revisão.
8. Apresentação.

#### VI. Referências

Brasil, Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV 2007. [Acesso em 03 maio 2007]  
Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Contandriopoulos AP, Hartz ZMA *et al*. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. *In*: Hartz ZMA (org.). Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais às práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

Duarte G, Gonçalves CV. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2001; 23: 107-11.

Duarte G, Quintana SM. *et al.* Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2005; 27: 698-705.

Feliciano KVDO, Kovacs MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2003; 3: 393-400.

Fernandes RCDS, Araújo LCD *et al.* O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21: 1153-59.

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

Hartz ZMA, Pouvourville G. Avaliação dos programas de saúde: A eficiência em questão. *Ciências Saúde Coletiva*, v. 3, 1998, p. 68-82.

Melo VH, Aguiar RALP *et al.* Resultados maternos e perinatais de dez anos de assistência obstétrica a portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2005; 27: 683-90.

Nishimoto TMI, Eluf Neto J *et al.* Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: Avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2005; 51: 54-60.

Ortigão MB. Aids em crianças: Considerações sobre a transmissão vertical. *Cadernos de Saúde Pública* 1995; 11: 142-48.

Vaz MJR, Barros SMOD. Redução da transmissão vertical do HIV: Desafio para a assistência de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2000; 8: 41-46.

## b. Aprovação do Comitê de Ética



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of. 17/2008

Curitiba, 23 de outubro de 2008.

Ilma.Sra. Cleide Aparecida de Oliveira

Nesta

Prezada Pesquisadora

Em atenção à sua solicitação referente à análise do projeto, protocolo 08/2008, **“Avaliação do Protocolo de Atenção à Gestante HIV+ em ambulatórios de Alto Risco da Rede Conveniada no Município de Curitiba no ano 2005 “** informamos que o mesmo está de acordo com a Res.196/96 - MS e complementares e foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS como relatório final.

Atenciosamente,

  
**Dr. Samuel Jorge Moysés**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Magrit Fabian Sarturi  
Secretária Executiva  
Comitê de Ética em Pesquisas  
Met. 35.887-8 SMS



- l) Em que semana da gestação realizou a ecografia?
- m) O resultado da carga viral foi utilizado para definir o tipo de parto?  
Sim ( ) Não ( )
- n) Qual tipo de parto?  
Vaginal ( ) Cesárea ( )
- o) Foi programado o parto cesariana?  
Sim ( ) Não ( )
- p) O parto foi a termo?  
Sim ( ) Não ( )
- q) Tem registro se houve inibição da lactação?  
Sim ( ) Não ( )
- r) Tem registro de orientação sobre a não amamentação?  
Sim ( ) Não ( )
- s) Tem registro sobre a quebra da cadeia de transmissão?  
Sim ( ) Não ( )
- t) O recém-nato foi referido para ambulatório especializado em HIV?  
Sim ( ) Não ( )
- u) Foi realizado teste sorológico no recém-nascido?  
Sim ( ) Não ( )
- v) Tem registro do resultado da sorologia do recém-nascido?  
Sim ( ) Não ( )
- w) Tem registro de agenda para retorno da mãe no pós-parto?  
Sim ( ) Não ( )
- x) Tem registro da consulta do pós-parto?  
Sim ( ) Não ( )