

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA¹

TRANSMISSION OF HIV IN REFERENCE MOTHERHOOD IN THE BRAZILIAN AMAZON

Eliete da Cunha ARAÚJO², Fábio Santos DROSDOSKI³, Nivaldo Borges NUNES JÚNIOR³ e Paulo Gileno Martins FERREIRA³

RESUMO

Objetivo: avaliar a transmissão vertical (TV) do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) em bebês de mulheres soropositivas que deram a luz na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). **Método:** estudo transversal, descritivo, tendo como amostra 70 bebês nascidos de mulheres soropositivas para o HIV, que deram a luz na FSCMPA, no período de janeiro de 2000 a julho de 2003. **Resultados:** dos 70 bebês, filhos de mulheres soropositivas, 4,3% (3-70) nasceram por via vaginal; nenhum (0%) foi amamentado ao seio; 11,3% (6-53) foram prematuros; todos receberam zidovudina (AZT) por seis semanas após o nascimento e nove (12,85%) foram contaminados. **Conclusão:** a TV do HIV foi expressiva, considerando-se que a aplicabilidade de determinadas medidas é capaz de reduzir esta transmissão para menos de 2%, o que sinaliza a necessidade da melhoria da assistência pré-natal.

DESCRIPTORIOS: recém-nascido, transmissão vertical, HIV.

INTRODUÇÃO:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, apesar de inicialmente concentrada em populações vulneráveis, apresenta incidência crescente entre as mulheres devido a transmissão heterossexual. A relação do número de casos de AIDS homem/mulher vem diminuindo ao longo dos anos¹. O crescimento da epidemia da AIDS no Brasil afetou de maneira especial as mulheres e trouxe como novo desafio a ser enfrentado o controle da TV do HIV².

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no período de 1980 a junho de 2011, o maior número de casos de AIDS está concentrado na região Sudeste (56,4%) enquanto na região Norte se apresenta com apenas 4,7%. O Pará registrou o maior número absoluto de casos (12.532)³.

O HIV/AIDS é uma doença sexualmente transmissível que também possui como meio de transmissão as vias parenteral e vertical. Atualmente, observa-se o aumento proporcional de casos de AIDS de transmissão heterossexual e taxas de incidência crescentes no gênero feminino. Este fenômeno, chamado “feminização”, é acompanhado por um número cada vez maior de crianças atingidas^{4,5}.

A TV do HIV pode ocorrer durante a gestação (35%), o trabalho de parto e o parto propriamente dito (65%), ou através da amamentação, com risco acrescido de transmissão entre 7% e 22% a cada exposição (mamada)⁶. Sem intervenções de profilaxia, ocorre em cerca de 26% das gestações, podendo ser reduzida para menos de 2% com intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS, tais como o uso de antirretrovirais combinados, a partir da 14ª semana de

¹ Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém, Pará

² Profª Associada da Universidade Federal do Pará UFPA, Doutora em Medicina

³ Alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Pará/UFPA

gestação, utilização, de AZT injetável durante o trabalho de parto e o parto, parto por cirurgia cesariana eletiva, AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição da lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade⁷

Em 1994, foram publicados os resultados do emprego do Protocolo ACTG-076, mostrando uma redução de quase 70% nas taxas de transmissão materno-infantil do HIV com o uso do AZT na gestação, parto e no recém-nascido⁸.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever a taxa de TV de HIV, em maternidade de referência na região norte do país, no período de janeiro de 2000 a julho de 2003.

MÉTODO

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, transversal, tendo como amostra, 70 bebês filhos de mulheres soropositivas para o HIV, nascidos na FSCMPA no período de janeiro de 2000 a julho de 2003. O estudo foi realizado em duas etapas: a primeira no próprio hospital (informações dos prontuários) e a segunda em domicílio (entrevista).

RESULTADOS

Dos RN de mães soropositivas, 4% nasceram por via vaginal (Figura 1).

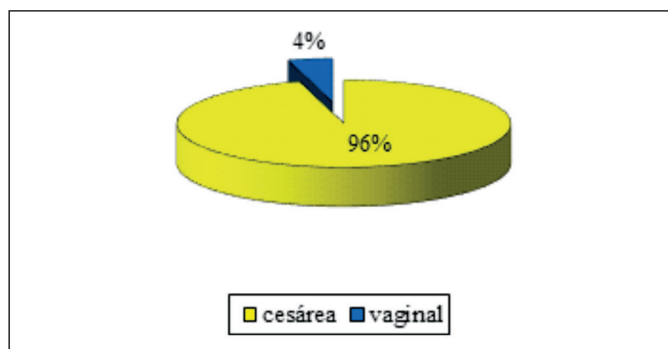


Figura 1 - Distribuição dos bebês de mulheres HIV positivas segundo a via de nascimento, FSCMPA, 2003. Fonte: protocolo de pesquisa

Todos os recém-nascidos receberam AZT por via oral durante seis semanas após o nascimento (Figura 2).

Observa-se na Figura 3, que 11% (6-53) dos conceptos foram prematuros.

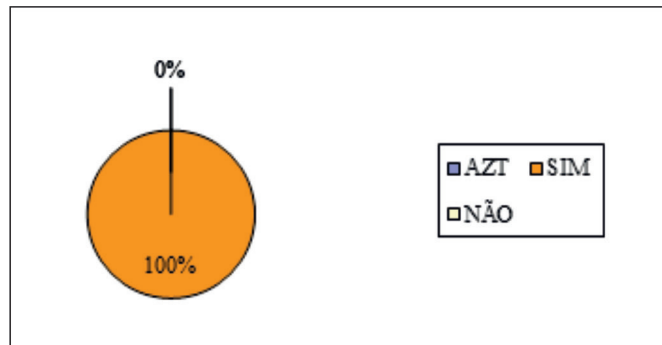


Figura 2 - Distribuição dos bebês de mulheres HIV positivas segundo a administração de AZT após o nascimento, FSCMPA, 2003. Fonte: protocolo de pesquisa

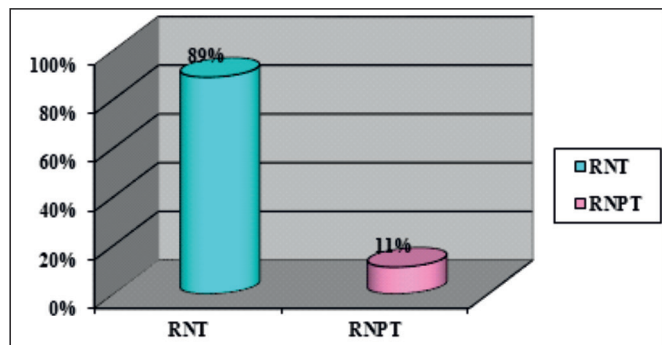


Figura 3 - Distribuição dos bebês de mulheres HIV positivas segundo a ocorrência de prematuridade, FSCMPA, 2003. Fonte: protocolo de pesquisa

Nenhum bebê foi amamentado ao seio; todos receberam fórmulas lácteas após o nascimento (Figura 4).

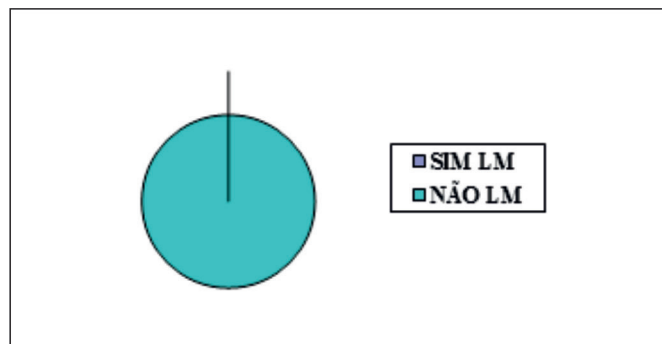


Figura 4 - Distribuição dos bebês de mulheres HIV positivas segundo ao aleitamento materno, FSCMPA, 2003. Fonte: protocolo de pesquisa

A transmissão vertical do HIV na amostra estudada foi de 13% (Figura 5).

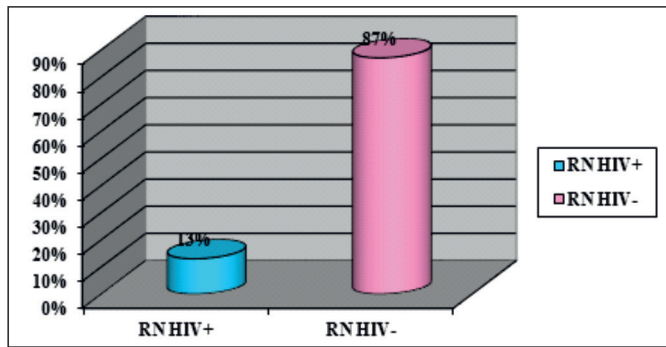


Figura 5 - Distribuição dos bebês de mulheres HIV positivas segundo à prevalência da transmissão vertical, FSCMPA, 2003.

Fonte: protocolo de pesquisa

Dos 9 casos de TV, em 33% houve relato de bolsa rota com mais de 4 horas até o momento do parto (Figura 6).

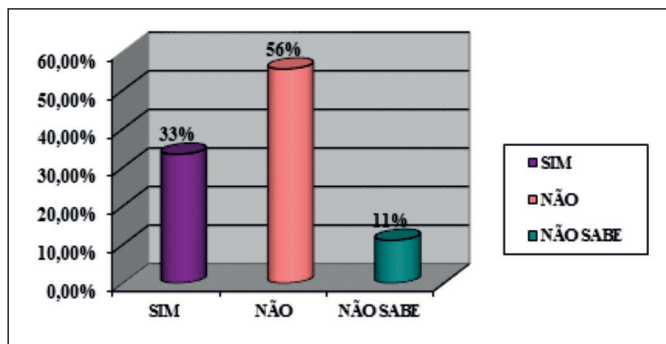


Figura 6 - Distribuição dos bebês de mulheres HIV positivas segundo a ocorrência de rotura precoce de membranas, FSCMPA, 2003.

Fonte: protocolo de pesquisa

DISCUSSÃO

O rompimento precoce das membranas (Fig. 6) e o parto por via vaginal (Fig. 1) podem ter contribuído para o elevado percentual de TV (12,9%) observado neste estudo (Fig. 5).

Apesar da reconhecida importância da TV para a saúde pública, ainda existem poucas publicações sobre o assunto nas revistas científicas brasileiras. Estudo realizado no município de Itajaí (SC) no período de 2002 a 2007 encontrou um percentual de 6,28%⁹. Estudo abrangente realizado em 17 maternidades públicas de referência em quatro capitais brasileiras mostrou taxa de TV de 5,58% no período de 1997 a 2003¹⁰. Outros estudos de menor abrangência mostraram uma grande variação nas taxas de TV: em Campinas (SP), na década de 1990, houve uma redução de 32,3% para 2,9%¹¹; em Porto Alegre (RS) as taxas variaram entre 2,8% e 8,31% na década de 2000^{12,13}, semelhante aos 5,95% encontrados em Novo Hamburgo (RS)¹⁴ e 5,1% em Juiz de Fora (MG)¹⁵, mas inferiores aos 9,7% encontrados em Santos (SP)¹⁶. No Rio de Janeiro, no período de 1996 a 2004, a taxa de 2,4%¹⁷ foi semelhante aos 2,5% registrados em Campo Grande (RS)¹⁸.

CONCLUSÃO

O elevado percentual de TV observado neste estudo é preocupante e sinaliza para a necessidade de maiores esforços direcionados à assistência pré-natal.

SUMMARY

TRANSMISSION OF HIV IN REFERENCE MOTHERHOOD IN THE BRAZILIAN AMAZON

Eliete da Cunha ARAÚJO, Fábio Santos DROSDOSKI, Nivaldo Borges NUNES JÚNIOR e Paulo Gileno Martins FERREIRA

Objective: to evaluate the vertical transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in HIV-positive babies of women who gave birth at the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). **Method:** Cross-sectional, descriptive study, with a sample of 70 babies born of HIV-positive women, who gave birth at FSCMPA, from January 2000 to July 2003. **Results:** of the 70 babies, children of HIV-positive women, 4% (3-70) were born vaginally, none (0%) was breastfed, 11% (6-53) were premature, all received zidovudine (AZT) for six weeks after birth and nine (12.85%) were contaminated. **Conclusion:** vertical transmission (VT) of HIV was high, considering that the applicability of certain measures can reduce the VT to less than 2%, what signals the need for improved prenatal care.

KEYWORDS: newborn child transmission, HIV.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano VI - nº1 - 27^a a 52^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008; Ano VI - nº1 - 01^a a 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009 - Secretaria de Vigilância em Saúde - *Departamento*
2. *de DST, AIDS e Hepatites Virais*. Brasília: MS/SVS, 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov>. Acessado em: 02/05/2011.
3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Manual de Bolso. *Programa Nacional de DST e AIDS*. Brasília: MS/SVS, 2010.
4. _____. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano VIII-nº1-27^a-52^a- semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010; Ano VIII- nº1- 01^a- 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011 - Secretaria de Vigilância em Saúde –*Departamento de DST e Aids e Hepatites virais*. Brasília: MS/SVS, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov/>. Acessado em: 07/07/2012.
5. De Lorenzi S, Fiaminghi LC, Artico GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina* 2009; 37: 83-90.
6. Ramos J, Novaes A, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: S370-S378.
7. FEBRASGO. *Assistência pré-natal: manual de orientação*. Rio de Janeiro; 2004.
8. Ramos J, Novaes A, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: S370-S378.
9. Connor EM, Sperling RS, Gelber R *et al*. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 31:1173-80).

10. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. *Rev. bras. epidemiol.* vol.15 n.3 São Paulo Sep. 2012.
11. Vasconcelos AR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém nascidos. *Rev Bras Saúde Matern Infant Recife* 2005; 5: 4-12.
12. Amaral E et al. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência bem-sucedida. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21: 6-13.
13. Wachholz NIR, Mascolo NP, Correa MS. *Avaliação da transmissão vertical do HIV em Porto Alegre*. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia/VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. Anais do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia/VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre: ABRASCO; 2008.
14. Kummer SC. *Epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias*. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia/VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. Anais do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia/VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre: ABRASCO; 2008.
15. Pires FG, Shama SFMS. *Prevalência de HIV em gestantes testadas no centro de testagem e aconselhamento de Novo Hamburgo*. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre; 2008. *Rev Bras Epidemiol* (versão eletrônica); 2008 [Acessado em 23 de novembro de 2010].
16. Meireles PFM, Audi SG. *Estudo da ocorrência da transmissão vertical do HIV: a realidade de Juiz de Fora*. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia/VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. Anais do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia/VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre: ABRASCO; 2008.
17. Nishimoto TMI, Neto JE, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51: 1-8.
18. Calvet GA et al. Trends in a Cohort of HIV-infected Pregnant Women in Rio de Janeiro, 1996-2004. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10: 3-11.
19. Dal Fabbro MM, Cunha RV, Paniago AM, Lindenberg Ade S, Freitas GM, Nogueira SA. Prospective study on the prevention of vertical transmission of HIV in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, from 1996 to 2001. *Braz J Infect Dis* 2005; 9: 20-7.

Endereço para correspondência

Eliete da Cunha Araújo

Rua João Balbi n° 983, apt° 902, bairro Nazaré, CEP 66066-425

E-mail: elieteca@ufpa.br

Recebido em 16.07.2015 – aprovado em 30.07.2015