

# ESTUDO DA PREVALÊNCIA E VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO HIV EM GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA

## STUDY OF PREVALENCE AND EPIDEMIOLOGICAL VARIABLES OF THE HIV INFECTION IN PREGNANT WOMEN ATTENDED IN CLINICAL HOSPITAL'S MATERNITY FROM CURITIBA

*Renato Luiz Sbalqueiro<sup>1</sup>, Claudete Reggiani<sup>1</sup>, Edson Gomes Tristão<sup>1</sup>,  
Almir Antonio Urbanetz<sup>1</sup>, Rosires Pereira de Andrade<sup>1</sup>, Denis José Nascimento<sup>1</sup>,  
Newton Sergio de Carvalho<sup>1</sup>*

### RESUMO

**Introdução:** A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma preocupação mundial nos dias atuais, atingindo as pessoas principalmente em idade reprodutiva e tendo como uma de suas conseqüências a transmissão vertical. **Objetivos:** o objetivo do presente trabalho foi avaliar a prevalência da infecção pelo HIV entre as gestantes atendidas no pré-natal da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de junho de 1997 a março de 1998. **Métodos:** participaram deste estudo 436 gestantes que foram submetidas aos testes anti-HIV. **Resultados:** foram encontradas nove pacientes com o teste positivo para o HIV, correspondendo a 2% do total. Destas, sete gestantes tinham sido encaminhadas ao pré-natal por terem seu estado sorológico conhecido previamente. Quando expurgamos estes encaminhamentos, obtivemos um percentual de 0,4%. Todas as gestantes foram submetidas a um questionário-padrão, no qual se procurou observar o perfil epidemiológico e seus que pudesse estar relacionado com a positividade para o HIV. As variáveis estudadas incluíam a idade da gestante, o número de gestações, a paridade, sua ocupação, local de procedência e o número de parceiros sexuais. Também foi argüido sobre antecedentes de DST anterior, transfusão sanguínea ou o uso de drogas injetáveis. Para análise estatística, os dados foram alocados em tabelas de duas entradas: uma, relativa ao estado sorológico, e outra, às variáveis sociodemográficas acima descritas. A análise destas possíveis dependências foram testadas pelo teste de qui-quadrado, tendo como nível de significância um  $p < ou = 0,05$ . **Conclusão:** os resultados foram significativos, quando associamos a soropositividade para o HIV nestas gestantes e os antecedentes de DST e drogadição.

**Palavras-chave:** HIV, gestação, prevalência

### ABSTRACT

**Introduction:** the infection with the HIV virus is a worldwide concern, afflicting patients during their reproductive life. One of many consequences is the vertical transmission of the HIV virus. **Objective:** the object of this research is to determine the prevalence of HIV positive patients attending the prenatal clinics at the Universidade Federal do Paraná, during the period of June 1997 through March 1998. **Methods:** we tested 436 patients which have made the anti-HIV test. **Results:** we found 9 patients tested positive for a 2% total. But of those, 7 patients were originally referred to the clinics due to a positive HIV status. Excluding those, the incidence dropped to 0,4%. A questionnaire was submitted that included number of sexual partners, historical STD, historical of blood transfusions or of drug abuse by either her or her sexual partner, also history of homosexual activity by her sexual partner. The data was tabulated base on serologic status as well as socio-demographic information obtained from the questionnaire. We analyzed the data using the qui-square test, with a level of significance of  $p < or = 0,05$ . **Conclusion:** significant correlation was found between a positive HIV status and a history of drug addiction by either partner, history of STD and homosexual activity by patient's sexual partners and those HIV positive.

**Keywords:** HIV, pregnancy, prevalence

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):40-47, 2004*

## INTRODUÇÃO

A gestação, para muitas mulheres, é uma das raras oportunidades de comparecerem a um serviço médico, seja para realizar o acompanhamento pré-natal, ou somente no momento do parto. É imprescindível ao médico detectar doenças ou

qualquer outra situação clínica ou emocional que possam estar acometendo essas mulheres ou seus conceitos e que, de alguma forma, comprometam o resultado final da gestação. Diante disso, justifica-se a pesquisa de agravos que possam interferir na saúde do binômio materno-fetal. Sob este prisma é imperativo que o ginecologista e obstetra atue nos quadros clínicos que possam trazer danos à mãe ou ao seu filho. Nesse particular, apresentam interesses os que são potencialmente letais, como é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

<sup>1</sup> Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Setor de Infecções na Mulher (InfecToGin DST/Aids)

Nenhuma atitude pode ser tomada com relação aos cuidados com a gestante, a fim de tentar reduzir a transmissão materno-infantil do HIV, se não conhecermos o seu estado sorológico. Da mesma forma, como parte de um programa criterioso de pré-natal padronizado, todas as mulheres têm o direito de ser informadas, entre outras situações, quanto à infecção pelo HIV, suas formas de contágio, as chances de transmissão para seu filho, as possibilidades de tratamento agora disponíveis para as mães e, fundamentalmente, como proceder com o objetivo de reduzir a transmissão materno-fetal.<sup>1-3</sup> Uma assistência pré-natal cuidadosa e bem orientada deve ser o objetivo e enfatizada com veemência, pois, mesmo em países com um padrão de vida exemplar, como os Estados Unidos da América, essa assistência não é prestada, de maneira adequada, em todas as suas regiões.<sup>4</sup>

A infecção causada pelo HIV, com o passar dos anos, causa um quadro clínico que, lentamente, compromete o sistema imunológico da pessoa, determinando a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (aids).<sup>5,6</sup>

Esta síndrome é uma das situações clínicas que mais preocupa a população mundial nos dias atuais, devido principalmente ao seu caráter endêmico e pelo fato de não diferenciar sexo, idade, condições socioeconômicas, além de ser altamente letal.<sup>6</sup> Concomitante a este fato, atitudes, comportamento de riscos e intercorrências clínicas, comumente associados, são alguns fatores complicadores difíceis de controlar.<sup>7,8</sup>

A transmissão do HIV pode ser por via sangüínea, relação sexual desprotegida ou vertical (da mãe para o feto). Nesta, o contágio pode ocorrer durante o período gestacional, no momento do parto ou através da amamentação.<sup>9-11</sup>

Segundo dados da Unaid's Joint Nations Programme on HIV/Aids<sup>12</sup>, as taxas de transmissão mundiais em mulheres encontravam-se, no ano de 1996 em 70% para a transmissão heterossexual, 3%-5% para a hemotransfusão ou a utilização de hemoderivados e 5%-10% para usuários de drogas injetáveis. Em crianças, 90% dos casos estavam relacionados com a transmissão vertical.<sup>13</sup> A transmissão sangüínea dá-se pelo contato de um indivíduo sadio com o sangue contaminado pelo vírus, seja através de seringas, transfusões, transplantes ou em situações de acidentes profissionais.<sup>10,14</sup>

Entretanto, é fundamental sabermos que um grande número de mulheres infectadas pelo HIV nem mesmo se encontram em situações de risco. A literatura nos mostra que, entre 30% e 70% das mulheres HIV positivas, não relatou nenhum fator de risco, em entrevistas, antes da realização do teste.<sup>15,16,17</sup> Estas mulheres HIV positivas, uma vez grávidas, têm uma grande chance de transmitir o vírus para o concepto, seja durante a gestação (em menor percentagem), durante o parto (maior risco) ou durante a amamentação. Diversos fatores podem influir, como a infecção aguda pelo HIV, a aids, infecções placentárias concomitantes, entre outras causas.<sup>18-21</sup>

Devido à gravidade do quadro da infecção e tendo a possibilidade de redução na transmissão vertical, torna-se urgente termos esses conhecimentos para podermos estabelecer metas de atendimento em saúde pública e orientação à população em geral (em particular, às mulheres em idade fértil), como forma de diminuirmos a incidência da transmissão materno-fetal, a qual é responsável por mais de 90% de todas as infecções ocorridas em crianças no mundo<sup>13</sup>. A primeira ocorrência registrada de transmissão vertical no Brasil data de 1985, no estado de São Paulo.<sup>22</sup>

E, no Paraná, o primeiro caso de transmissão perinatal teve seu registro na cidade de Londrina, no ano de 1987 e totalizava 108 casos, no ano de 1998. Em 1993, Carvalho *et al.*<sup>23</sup> descreveram 17 casos de crianças HIV positivas nascidas na maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com três óbitos perinatais, chamando a atenção para a gravidade desta situação entre recém-natos.<sup>23</sup> Como observação, na cidade de Curitiba foram registrados 10 dos 17 casos descritos de transmissão vertical ocorridos, no ano de 1998, no estado do Paraná.<sup>24</sup>

## OBJETIVO

Avaliar a prevalência da infecção pelo HIV e o perfil epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de junho de 1997 a março de 1998.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, tendo como finalidade avaliar a prevalência da positividade para o HIV entre as gestantes que procuraram o serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas da UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.

Todas as pacientes que procuraram atendimento pré-natal no HC e aceitaram participar do estudo, foram submetidas, na primeira consulta, a um questionário padronizado em entrevista individual, com dados demográficos e comportamentais. Tais informações foram estritamente confidenciais e todas as pacientes assinaram o termo de consentimento concordando com a pesquisa.

## Dentre os critérios para participar da pesquisa foram definidos:

**Inclusão:** todas as pacientes admitidas em primeira consulta de pré-natal no serviço de obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da UFPR e aceitaram, voluntariamente, participar do estudo, responder a ficha questionário e submeter-se à realização do teste de ELISA para pesquisa do HIV.

**Exclusão:** a não-aceitação da paciente em responder a ficha questionário e/ou não se submeter à realização do teste de ELISA para HIV.

A coleta de dados foi realizada pela equipe médica que atua no ambulatório de pré-natal da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, após orientação e treinamento prévio e monitorização regular, com ficha questionário em que se pesquisou variáveis socioeconômicas e comportamentais da paciente

Na primeira consulta de pré-natal, foi solicitada pesquisa de anticorpos para HIV, em conjunto com a bateria de exames de rotina.

O exame realizado foi o teste de ELISA para HIV de segunda geração (ABBOT) e, aquelas pacientes em que o resultado foi positivo, foram submetidas a um novo teste de ELISA e, confirmada a positividade, realizado o teste de *Western-blot* (seguindo os critérios do Ministério da Saúde, na época) para ser rotulada a gestante como HIV positiva..

A coleta de sangue foi realizada com punção de veia periférica, preferencialmente a cubital, procedimento este realizado pelos técnicos do laboratório de análises clínicas do HC, e este sangue enviado para o banco de sangue do mesmo hospital, a fim de ser preparado e efetuado o exame para detecção de anticorpos anti-HIV.

Os dados obtidos foram tabulados incluindo os fatores sociodemográficos, comportamentais como variáveis independentes, e a infecção pelo HIV como variável dependente, procurando identificar possíveis associações entre a positividade do teste e as respostas conseguidas.

Foi utilizado teste não-paramétrico, o teste exato de Fischer, aceitando-se como significativa a associação com valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Todas as 436 pacientes participantes do estudo foram submetidas a exames anti-HIV, tendo sido detectadas nove positivas, ou seja, 2% do total de gestantes atendidas neste período. Destas, em sete já era conhecido o seu estado sorológico, pois haviam sido encaminhadas a este serviço, devido a esta situação, pelo fato de o serviço tratar-se de um centro de referência. Apenas em duas gestantes encontramos os resultados positivos na rotina de investigação do nosso pré-natal, obtendo-se um percentual de 0,4%. A **Tabela 1** apresenta os resultados obtidos com relação à prevalência do HIV.

Na avaliação dos dados obtidos durante a entrevista com as pacientes e o preenchimento das fichas-questionário, observamos que, entre as nove pacientes HIV positivas, em duas delas não foram observados fatores de risco para o HIV, ou seja, em 22,2% a epidemiologia foi negativa para o HIV.

**Tabela 1- Prevalência de infecção pelo HIV, entre 436 gestantes atendidas na Maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998, relacionando a totalidade das pacientes com aquelas encaminhadas devido à positividade pelo HIV**

Infecção pelo HIV	Gestantes estudadas	
	Todas	Exceto as referidas
+	2% (9)	0,4% (2)
-	98% (427)	99,6% (427)
(n)	(436)	(429)

Fonte: DTG/HCUFPR

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2): 40-47, 2004

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Entre os dados epidemiológicos foram analisados idade, antecedentes obstétricos e sexuais, história de DST anterior, drogadição, antecedentes de transfusão sanguínea e presença de tatuagem ou uso de acupuntura, como sendo algumas das situações eventualmente associadas à infecção pelo HIV.

### Antecedentes obstétricos

Observando a prevalência da positividade do HIV entre as pacientes atendidas de acordo com o número de gestações, verificamos que, embora tenha ocorrido um pequeno aumento na positividade do HIV entre aquelas com duas ou três gestações, também nesta faixa encontrava-se um número maior de gestantes HIV negativas. Na **Tabela 3** podemos observar que, nas pacientes com número de gestações superior a três, existiu uma incidência, em termos absolutos, maior de soropositivos, ainda que ao testarmos a independência destes dois fatos não tivéssemos encontrado significância. ( $X^2 = 4,50$  ou  $p > 0,05$ ).

Da mesma forma, com relação à paridade e à prevalência do HIV, notamos uma aparente concentração naquelas com um ou dois filhos; porém, quando realizamos a análise estatística, esta não se mostrou significativa ( $X^2 = 2,49$  ou  $p > 0,05$ ), conforme apresenta a **Tabela 4**:

### Antecedentes sexuais

Quando procedemos a avaliação entre a prevalência do HIV e o número de parceiros sexuais, notamos que há uma aparente correlação entre as gestantes com até dois parceiros e a positividade maior para o vírus HIV, porém, quando realizada a correção de Yates, tais dados não se mostraram significativos. Com a realização da análise estatística, do  $X^2$ , encontramos um valor no limiar da significância ( $X^2 = 6,13$ , c/ Yates:  $X^2 = 3,61$ ). Os números obtidos podem ser avaliados de acordo com a **Tabela 5**. Observamos que os números encontrados apontam para uma aparente incidência maior de positividade para o HIV nas gestantes que informaram até dois parceiros sexuais; porém, este fato ocorreu também nas pacientes negativas para o HIV.

Correlacionando a positividade do HIV e antecedentes de DST anterior, encontramos uma proximidade entre os resultados obtidos. Quando realizada a análise estatística, observamos correlação entre estes dois fatos. Os resultados obtidos, quando observadas as variantes DST anterior e positividade para o HIV, mostram-se próximos. Porém, quando vistos com o universo pesquisado, e na avaliação estatística, este fato indica uma íntima relação entre DST anterior e HIV positivo ( $X^2 = 28,56$  ou  $p < 0,01$ ).

### Uso de drogas injetáveis

Procurando encontrar uma relação entre as pacientes usuárias de drogas injetáveis e a positividade para o HIV, conforme apresenta a **Tabela 9**, pudemos observar um aumento na prevalência

**Tabela 2 - Prevalência da infecção pelo HIV, com relação à idade, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de junho de 1997 a março de 1998.**

Idade	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
Abaixo de 20 anos	11.1	(1)	28.3	(121)
20-29 anos	66.7	(6)	48.5	(207)
Acima de 29 anos	22.2	(2)	23.2	(99)
Mínima	15		13	
Máxima	34		43	
Média	26,2		24,6	
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

**Tabela 3 - Prevalência da infecção pelo HIV, de acordo com os antecedentes obstétricos, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.**

Número de gestações	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
1	22.2	(2)	40.0	(171)
2-3	33.3	(3)	42.6	(182)
Mais de 3	44.5	(4)	17.4	(74)
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

**Tabela 4 - Prevalência de infecção pelo HIV, de acordo com a paridade, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.**

Paridade	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
0	22.2	(2)	47.3	(202)
1-2	66.7	(6)	41.7	(178)
Mais de 2	11.1	(1)	11.0	(47)
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

**Tabela 5 - Prevalência de infecção pelo HIV, de acordo com o número de parceiros sexuais, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.**

Número de parceiros	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
1-2	66.7	(6)	91.1	(389)
Mais de 2	33.3	(3)	8.9	(38)
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

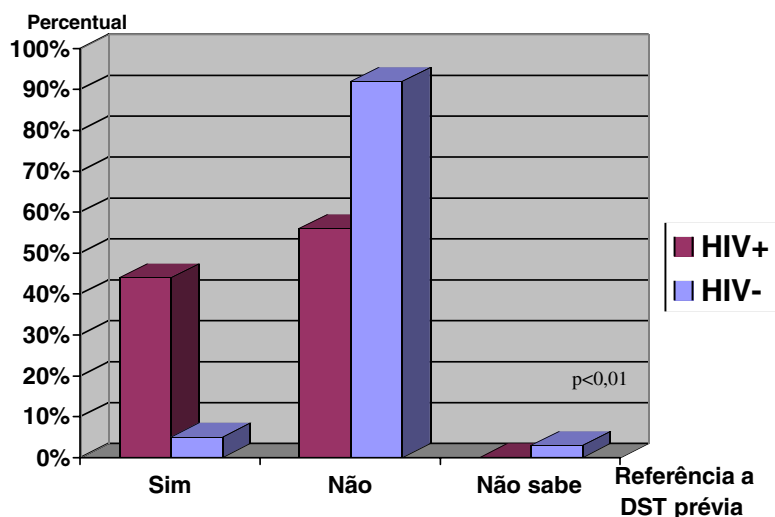
**Tabela 6 - Prevalência de infecção pelo HIV, em pacientes com D.S.T. anterior, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.**

DST anterior	Sorologia para o HIV	
	(+) % (n)	(-) % (n)
Sim	44.4 (4)	4.5 (19)
Não	55.6 (5)	92.7 (396)
Não sabe	-	2.8 (12)
TOTAL (n)	100 (9)	100 (427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p < 0,01

**Gráfico 1- Comparação entre a positividade do HIV e antecedente de DST anterior, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.**



Fonte: DTG/HCUFPR

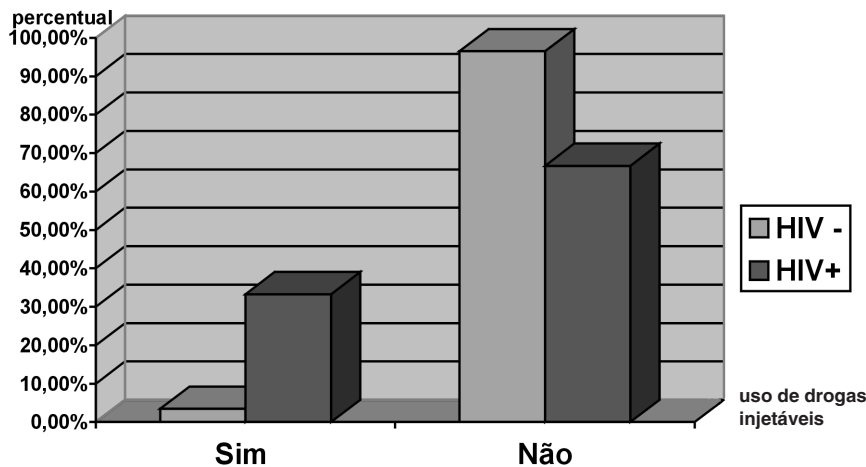
**Tabela 7 - Prevalência de infecção pelo HIV, em pacientes usuárias de drogas injetáveis, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.**

Drogas injetáveis	Sorologia para o HIV	
	(+) % (n)	(-) % (n)
Sim	33.3 (3)	3.5 (15)
Não	66.7 (6)	96.5 (412)
TOTAL (n)	100 (9)	100 (427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p < 0,05

**Gráfico 2 - Prevalência de infecção pelo HIV, em pacientes usuárias de drogas injetáveis, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.**



Fonte: DTG/HCUFPR

deste vírus em pacientes drogaditas. Analisando os resultados alcançados na tabela da página seguinte, notamos uma relação direta da positividade para o HIV com o uso de drogas injetáveis ( $\chi^2$  de 13,05 ou  $p < 0,05$ ).

No **Gráfico 2** visualiza-se o que é apresentado nesta tabela.

### Antecedentes de transfusão sanguínea e tatuagens/acupuntura

Quando se procurou encontrar a prevalência do vírus HIV nas gestantes atendidas que tivessem sido submetidas à transfusão sanguínea anteriormente, os dados não puderam ser avaliados, em decorrência de não encontrarmos pacientes com esta situação. Portanto, não se verificou entre os soropositivos nenhum caso de transfusão sanguínea.

## DISCUSSÃO

Pelo fato do HC atuar como hospital de referência onde são atendidos casos de gestação de alto risco, incluindo, dentre elas, as HIV positivas. Com o exposto, tivemos um resultado de prevalência preocupantemente alto no presente estudo.

Com o resultado de 2% na prevalência encontrada para o serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas, estamos conscientes de que se trata de taxa artificialmente elevada, devido aos encaminhamentos acima descritos, e, portanto, não-representativos da população de gestantes da cidade de Curitiba. Todavia, quando excluímos as pacientes encaminhadas, por serem positivas para o HIV, obtivemos uma taxa mais representativa de 0,4%.

Diversidades de prevalência para o HIV na gestação podem ser observadas na mesma localidade, como demonstram os estudos de GWINN em 1988/90<sup>25</sup> de 0,58% e por Landesman em 1987<sup>15</sup>, com 2% de prevalência na localidade de Nova York

(Estados Unidos da América). Em semelhança com o que ocorreu em nosso estudo, possivelmente pela análise de diferentes serviços e diversas populações.

Realizando um estudo comparativo com diversos autores, tanto na literatura brasileira quanto na mundial, notamos uma grande variação na prevalência, de acordo com as regiões avaliadas. Estes índices variaram entre 0,16%, em um estudo sorológico anônimo<sup>18</sup> para os Estados Unidos da América, até 2%, no estudo de LANDESMAN, realizado no ano de 1986. Exceção feita por Lindsay, que, entre os anos de 1985 e 1987, obteve uma prevalência de 6% na cidade de Atlanta, numa população de alto risco<sup>26</sup>. A **Tabela 8** mostra-nos um estudo comparativo entre diversos autores com relação à prevalência do HIV entre gestantes, comparando com os nossos dados.

Analisando as idades em que a infecção pelo HIV se mostrou mais prevalente, encontramos a faixa etária de 20 a 29 anos. Porém, na comparação com a população HIV negativa, não observamos significância estatística, com relação às idades. Ou seja, é na faixa etária de 20 a 29 anos que a mulher mais engravida, e, coincidentemente, apresenta-se com a maior prevalência da infecção pelo HIV; portanto, é a época em que se encontra mais suscetível à infecção.

Observando o quadro evolutivo da doença e seu caráter incurável até o momento, esperaríamos um aumento na positividade do HIV nas pacientes com idades superiores a 20 anos; porém, quando realizada a análise estatística, estes dados mostraram-se independentes. Relacionando alguns dados da literatura, temos, por exemplo, no estudo de Lindsay *et al.* (1989)<sup>26</sup>, que a prevalência nas faixas etárias entre 21 e 30 anos se encontrava em 58,6% das pacientes, enquanto para Rocco, Vasconcelos, Rocco (1997)<sup>32</sup>, em pacientes com menos de 27 anos, a prevalência era de 62,03%, e para Porto *et al.* (1996a)<sup>33</sup>, na faixa etária entre 20 e 29 anos encontrava-se em 68,4%. Importante salientar que, no estudo de Porto *et al.* (1996a)<sup>33</sup> neste estudo, não foi encontrada nenhuma gestante HIV positiva

**Tabela 8 - Comparação da prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes, analisando diversos autores.**

AUTOR	ANO	PREVALÊNCIA %	LOCAL
Lindsay, MK (26)	1985/87	6%	Atlanta (pop. alto risco)
Landesman, S (15)	1986	2%	Nova York
Gwinn, M (27)	1988/90	0,52%	Nova York
Amaral, E (28)	1996	0,4%	Campinas/SP
MS Brasil (29)	1998	1,5%	Sul do Brasil
MS Brasil (30)	1998	0,16%	Outras regiões (média)
Sbalqueiro, RL	1997/98	2%	HC Curitiba
Thomal, RA (31)	1999	0,6%	Curitiba/PR

com idade superior a 34 anos, e tal fato foi também verificado em nossa amostra.

Quando comparamos a prevalência do HIV com o número de parceiros sexuais, encontramos uma aparente inversão do esperado, com um número maior de soropositividade para aquelas pacientes com até dois parceiros sexuais; porém, nesse grupo, também se encontravam em maior número aquelas com sorologia negativa. Entretanto, quando analisamos a gestante com mais de dois parceiros, observamos uma diferença entre os percentuais obtidos nos dois grupos (na análise estatística, com a correção de Yates, os valores encontrados acham-se no limiar da significância ( $p > 0,05$  e  $< 0,1$ ). Devemo-nos lembrar de que este é um comportamento de risco, e desta forma, a mulher estará mais sujeita a entrar em contato com alguém positivo para o HIV.<sup>14</sup>

Os fatores que se mostraram dependentes à positividade para o HIV estavam relacionados com o comportamento social. Na análise dos dados, a prevalência de positividade foi maior em pacientes com história de doenças sexualmente transmissíveis (DST) prévias e referência à drogadição.

Quando relacionamos a soropositividade para o HIV com DST, devemo-nos lembrar de que a simples presença destas já significa uma relação sexual sem proteção e, desta forma, um comportamento de risco.<sup>14</sup> Além disto, tais doenças facilitam a “porta de entrada” do HIV. A prevalência de úlceras genitais, ou outras DST, e inclusive vaginose bacteriana, estão relacionadas com o aumento do HIV. Alexander (1990)<sup>34</sup> e Royce *et al.* (1997)<sup>35</sup> descrevem este efeito potencializador com relação ao HIV e úlceras genitais em mulheres.

Em nosso estudo, obtivemos resultados aparentemente iguais entre as pacientes HIV positivas com histórico de DST anterior e aquelas sem este antecedente; porém, quando observamos o número total de gestantes investigadas, observamos valores estatisticamente significativos ( $p < 0,01$ ).

No estudo-sentinela em execução no Brasil pelo Ministério da Saúde, analisando os dados obtidos de clínicas de DST na região Sul, observou-se, para os cortes de março/97, outubro/97 e março/98, uma prevalência respectiva de 6,1; 6,0 e 6,9% estando estes dados superiores aos dos outros grupos estudados (gestantes e pronto-socorros).<sup>24</sup>

A maior prevalência de infecção pelo HIV em gestantes com história de uso de drogas injetáveis: 33,3% vs. 3,5% naquelas HIV negativas, encontrada nesta amostra, é corroborada com dados da literatura, como foi observado por Gwinn e Wortley

(1996)<sup>18</sup>, em cujo estudo, 41% de mulheres com aids, em 1994, relataram uso de drogas injetáveis no nordeste dos EUA. No Brasil, nas estatísticas dos casos de aids acumulados até maio de 1998, usuários de drogas injetáveis (UDI) eram o fator de risco para a soropositividade em 6,19% dos casos femininos e, quando associamos UDI mais transmissão heterossexual, a soropositividade alcançava 17,9%.<sup>36</sup> No estudo retrospectivo de Miranda, Friço (1997)<sup>37</sup>, com 84 mulheres, 10,7% relataram o uso de drogas injetáveis, e para Rocco, Vasconcelos, Rocco (1997)<sup>38</sup> em um total de 108 pacientes HIV positivas, 6,3% eram drogaditas (injetáveis). Porto *et al.* (1996b)<sup>38</sup> encontraram 17,9% para este tipo de transmissão, na cidade de Santos, e 27,5%, nas cidades vizinhas.

Para o nosso estudo, quando relacionamos o número de parceiros sexuais, com a positividade para o HIV, os valores obtidos durante a realização de sua análise estatística encontraram-se no limiar da significância, ou seja, com uma tendência a ocorrer. Quando comparado com a literatura, observamos que a prevalência foi mais elevada no grupo em que a gestante referiu um maior número de parceiros sexuais.<sup>32,33,39</sup>

## CONCLUSÃO

Na avaliação de soroprevalência para positividade do HIV, entre 436 gestantes, obtivemos 2% nesta amostra; porém, quando expurgamos as pacientes previamente encaminhadas, foi obtido um valor de 0,4%, mais representativo da população geral.

Na avaliação do perfil epidemiológico, encontramos uma relação significativa do aumento do HIV naquelas pacientes com antecedentes de DST e uso de drogas injetáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, E. *et al.* Infecção pelo HIV em Obstetria: revisão e reflexão sobre as várias faces de um problema. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 104-114, 1991.
2. MINKOFF, H. L. Doença do HIV na gravidez: prefácio. *Clín. Obstét. Ginecol. Am. Norte*, Rio de Janeiro, v. 4, p. xiii-xix, 1997.
3. MOFENSON, L. M. *et al.* Risk factors for perinatal transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Women Treated with Zidovudine. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 341, n. 2, p. 385-93, July 1999.

4. SHAPIRO, M. F. *et al.* Variations in the care of HIV-infected adults in the United States. Results from the HIV cost and services utilization study. *JAMA*, Chicago, v. 281, n. 24, p. 2305-15, June 1999.
5. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Human immunodeficiency virus infections. *ACOG Technical Bulletin*, Washington, n. 169, p. 1-11, June 1992.
6. DUARTE, G. Síndrome da imunodeficiência adquirida. In: MONTELEONE, P. P. R.; VALENTE, C. A. *Infectologia em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo : Atheneu, 1997. p. 198-218.
7. AMARAL, E. Risco profissional e infecção por HIV. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 543-547, jul. 1995.
8. DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. Virus Imunodeficiência Humana e gravidez. In: PASSOS, M. R. L. *DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Rio de Janeiro : Cultura Médica , 1995. p. 323-335.
9. LANDESMAN, S. H. *et al.* Obstetrical factors and the transmission of immunodeficiency virus type 1 from mother to child. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 334, n. 25, p. 1617-23, June 1996.
10. FOWLER, M. G.; MELNICK, S.L.; MATHIESON, B.J. Women and HIV: epidemiology and global review. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 24, n. 4, p. 705-29, 1997.
11. SPACH, D.; KEEN, P. Virus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida. In: MORSEE, S. A.; MORELAND, A. A.; HOLMES, K. K. *Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2. ed. Rio de Janeiro : Artes Médicas, 1997. p.165-205.
12. UNAIDS JOINT NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *HIV in site.: the global epidemic (1998)*. Disponível na internet. . 03 out. 1999.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION UNAIDS. *The HIV/AIDS situation in mid 1996*. Disponível na internet. . 04 out.1999.
14. SANDE, M. A.; GILBERT, D. N.; MOELLERING Jr., R. C. *Sanford guia para o tratamento da AIDS/HIV*. 7. ed. Rio de Janeiro : EPUC, 1998. 133 p.
15. LANDESMAN, S. *et al.* Serosurvey of human imonodeficiency virus infection in parturients. *JAMA*, Chicago, v. 258, n. 19, p. 2701-2703, Nov. 1987.
16. DINSMOOR, M. J. HIV infection and pregnancy. *Clin. Perinatol.*, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 85-95, 1994.
17. MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L. Aids e gravidez. *GO Atual*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 5, p. 62-66, maio 1997.
18. GWINN, M.; WORTLEY, P. M. Epidemiology of HIV infection in women and new borus. *Clin. Obstet. Gynecol.*, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 292-304, 1996.
19. MOFENSON, L. M. Transmissão materno-infantil do HIV 1. *Clín. Obstét. Am. Norte*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 705-729, 1997.
20. DUARTE, G. *et al.* Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) e a prática pré-natal, obstétrica e puerperal. *GO Atual*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 14-21, jun. 1999.
21. ROGERS, M. F.; SHAFFER, N. Reducing the risk of maternal-infant transmission of HIV by attacking the virus. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 341, n. 6, p. 441-2, 1999.
22. CASTILHO, E. A.; CHEQUER, P. A epidemia da AIDS no Brasil. In: SIMPÓSIO satélite: a epidemia da AIDS no Brasil, situação e tendências. Brasília : Ministério da Saúde, 1997. p. 9-12.
23. CARVALHO, N.S. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em recém-natos: análise de 18 casos da Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (45. : 1993 : Salvador). *Anais*. Salvador : FEBRASGO, 1993.
24. GWINN, M. *et al.* Prevalence os HIV infection in childbearing women in the United States. *JAMA*, Chicago, v. 265, n. 13, p. 1704-08, apr. 1991.
25. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DST E AIDS. *Estudo-sentinela*. Disponível na internet. . 09 nov. 1999.
26. LINDSAY, M. K. *et al.* Soroprevalence of human immunodeficiency virus infection in a prenatal population at high risk for HIV infection. *South. Med. J.*, Birmingham, v. 82, n. 7, p. 825-28, 1989
27. GWINN, M. *et al.* Prevalence pf HIV infection in childbearing women in the United States. *JAMA*, Chicago, v. 265, n. 13, p. 1704-08, Apr. 1991.
28. AMARAL, E. *et al.* Prevalence of HIV and. *Treponema pallidum* infectious in pregnant women in Campinas and their association with socio-demographic factors. *Rev. Paul. Med.*, São Paulo, v. 114, n. 2, p. 1108-1116, 1996.
29. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília : Ministério da Saúde, v. 11, n. 4, set./nov. 1998
30. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília : Ministério da Saúde, v. 11, n. 4, mar./maio 1998
31. THOMAL, R. A.; LOPES, M. G. D.; A importância do exame HIV na rotina do pré-natal do Programa Mãe Curitibana. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (12.: 1999 : Salvador). *Programa/anais*. Salvador : ULACETS, 1999. p. 60.
32. ROCCO, R.; VASCONCELLOS, M. T. A.; ROCCO, R. Repercussão da infecção pelo HIV no ciclo grávido-puerperal. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 31-38, 1997.
33. PORTO, A. G. M. *et al.* Evolução obstétrica em mulheres portadoras de vírus da imunodeficiência humana tipo 1. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 305-310, jan./fev. 1996.
34. ALEXANDER, N. J. Sexual transmission of human immunodeficiency virus: virus entry into the male and female genital tract. *Fertil. Steril.*, Birmingham, v. 54, n. 1, p. 1-18, 1990.
35. ROYCE, A. R. *et al.* Sexual transmission of HIV. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 366, n. 15, p. 1072-78, 1997.
36. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília : Ministério da Saúde, v. 11, n. 2, mar./maio 1998.
37. MIRANDA, A. E. B.; FRIÇO, A. R. Prevalência e fatores de risco em mulheres HIV+/AIDS atendidas em centro de referência em DST/AIDS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 275-278, maio 1997.
38. PORTO, A. G. M. *et al.* Fatores de risco para gestantes portadoras do HIV-1 em função do local de residência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 65-69, 1996.
39. ELLERBROCK, T. V.; ROGERS, M. Epidemiologia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres nos Estados Unidos. *Clín. Obstét. Am. Norte*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 505-25, 1990.

**Endereço para correspondência:****RENATO LUIZ SBALQUEIRO**

E-mail: clinmulher@totalbrasil.com.br

Recebido em: 18/07/2004

Aprovado em: 05/08/2004

**VALORIZE OS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS NACIONAIS.  
PUBLIQUE AQUI.**