

EMESCAM - BIBLIOTECA

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

MARCELO GEIK SIQUARA

MYRIAN ECHER

**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO METROPOLITANA
DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, ENTRE 2003 E 2006: ANÁLISE DAS
MEDIDAS ADOTADAS NO PRÉ-NATAL**

VITÓRIA
2009

MARCELO GEIK SIQUARA

MYRIAN ECHER

**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO METROPOLITANA
DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, ENTRE 2003 E 2006: ANÁLISE DAS
MEDIDAS ADOTADAS NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória – EMESCAM, como requisito
parcial para a obtenção do grau de
médico.

Orientadora: Dra Elizabeth Pires
Yamaguti

VITÓRIA
2009

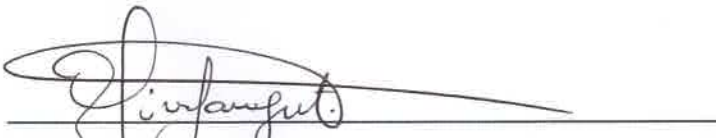
MARCELO GEIK SIQUARA
MYRIAN ECHER

**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO METROPOLITANA
DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, ENTRE 2003 E 2006: ANÁLISE DAS
MEDIDAS ADOTADAS NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de médico.

Aprovado em 04 de Dezembro de 2009.

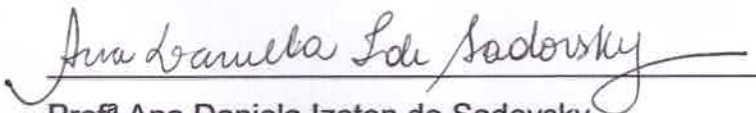
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^a Elizabeth Pires Yamaguti

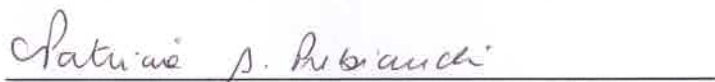
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM

Orientadora



Prof^a Ana Daniela Izoton de Sadovsky

Professora de Pediatria da Universidade Federal do Espírito Santo -
UFES



Dra. Patrícia Almeida Prebianchi

Médica Infectologista Pediatra do Hospital Infantil Nossa Senhora da
Glória - Vitória – ES

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, a Deus, que é a grande razão da nossa existência e o maior responsável por esta extraordinária conquista. Ele foi a fonte de toda força, inteligência, paciência e perseverança em alcançarmos cada novo nível desta difícil e longa jornada acadêmica, sempre nos fazendo acreditar que somos capazes de realizar nossos sonhos. Finalmente somos médicos!

Aos nossos pais, por dispensarem todo seu apoio e empenho para prover os recursos necessários à manutenção dos nossos estudos, semestre após semestre, sempre na esperança de chegar o fim daquele após o qual poderiam sentir o orgulho de ver o filho tornar-se doutor.

Aos familiares e amigos, pela confiança e apoio em todo o tempo no qual puderam acompanhar de perto cada progresso e acreditar em nossos conhecimentos adquiridos a cada novo ano. Aos nossos companheiros (Gabriel e Myriam), pelo carinho, paciência e compreensão diante dos programas de fim de semana e feriados cancelados porque estávamos de plantão e diante dos momentos de cansaço, angústia e ansiedade, sempre com uma palavra de conforto e incentivo que nos impulsionasse e não nos deixasse desistir.

À nossa incentivadora e querida orientadora, Dra. Bete, pelo entusiasmo e confiança no nosso trabalho, pelos elogios e críticas extremamente necessários à elaboração de cada parte dele. Agradecemos pela dedicação e por ter sido mais que uma orientadora, tendo se tornado nossa amiga.

À Rita, por ceder o computador nos momentos de discussão e nos auxiliar com a coleta de dados e, finalmente, aos pacientes, sem os quais este trabalho não teria sentido.

RESUMO

Atualmente, a quase totalidade dos casos de AIDS em menores de 13 anos de idade ocorre por transmissão vertical, seja durante a gestação, o parto ou o aleitamento materno. Este estudo teve como objetivo analisar as medidas de prevenção adotadas no pré-natal de crianças expostas à transmissão vertical do HIV na região metropolitana de Vitória - ES, notificadas entre 2003 e 2006. Os dados foram obtidos através da análise de 174 fichas de notificação de "Gestante HIV+ e criança exposta" à transmissão vertical do HIV.

Verificou-se que mais da metade (52,9%) das gestantes HIV+ analisadas encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos. Das 174 gestantes, 169 (97,1%) realizaram, no mínimo, uma consulta de pré-natal e 97 (55,7%) já possuíam diagnóstico laboratorial do HIV antes do pré-natal. Das 169 gestantes que realizaram o pré-natal, observou-se que 86 (50,9%) compareceram à primeira consulta com até 12 semanas de gestação e 133 (78,7%) realizaram profilaxia com antirretroviral; destas, 50 (37,6%) fizeram profilaxia por 25 semanas ou mais e apenas uma (2%) teve filho infectado. Das 174 crianças expostas, 23 (13,2%) tiveram diagnóstico de infecção pelo HIV, sendo que foram observadas maiores taxas de infecção quanto mais tardio o diagnóstico materno e quanto maior a idade gestacional da primeira consulta pré-natal.

Os dados encontrados foram semelhantes aos relatados em diversos estudos científicos. Destaca-se, portanto, a importância da adesão integral dos profissionais de saúde aos protocolos estabelecidos no território nacional para controle da transmissão materno-infantil do HIV, bem como, a garantia do acesso e a adesão das gestantes HIV+ às medidas de prevenção.

Palavras-chave: *Transmissão vertical, HIV, Pré-natal, Profilaxia, Antirretroviral.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AZT - Zidovudina

CDC – “Centers for Disease Control and Prevention”

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HINSG - Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

SAE - Serviço de Assistência Especializada

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

USB - Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a faixa etária	19
Gráfico 2 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a raça.....	20
Gráfico 3 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a escolaridade	20
Gráfico 4 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo o município de residência	21
Gráfico 5 - Distribuição das gestantes estudadas, segundo o momento de diagnóstico do HIV em relação ao pré-natal	21
Tabela 1 - Distribuição das gestantes estudadas, segundo a realização do pré-natal	22
Gráfico 6 – Distribuição das gestantes que realizaram o pré-natal, segundo município de acompanhamento	22
Gráfico 7 – Distribuição das gestantes que realizaram o pré-natal, segundo unidade de acompanhamento.....	23
Gráfico 8 – Distribuição das gestantes que realizaram o pré-natal, segundo a idade gestacional da primeira consulta	23
Gráfico 9 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a realização de profilaxia com antirretroviral	24
Gráfico 10 – Distribuição das gestantes que realizaram profilaxia com antirretroviral, segundo o tempo de utilização.....	24
Gráfico 11 – Situação das crianças expostas, segundo diagnóstico da infecção pelo HIV aos 18 meses de idade	25
Gráfico 12 – Relação entre o momento de diagnóstico do HIV materno em relação ao pré-natal e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade.....	26

Tabela 2 – Relação entre a realização do pré-natal e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade	26
Gráfico 13 – Relação entre a idade gestacional da primeira consulta de pré-natal e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade.....	27
Gráfico 14 – Relação entre a realização de profilaxia com antirretroviral e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade.....	28
Gráfico 15 – Relação entre o tempo de realização da profilaxia com antirretroviral e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade.....	28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivo Geral	15
2.2. Objetivos Específicos.....	15
3. METODOLOGIA.....	16
3.1 Tipo de estudo, população e amostra	16
3.2 Definição de caso	17
3.3 Coleta de dados	17
3.4 Processamento dos dados e Análise estatística	17
3.5 Aprovação do projeto	18
4. RESULTADOS	19
4.1 Caracterização do perfil das gestantes analisadas	19
4.2 Caracterização do pré-natal	22
4.3 Medidas de prevenção adotadas no pré-natal.....	24
4.4 Desfecho nas crianças expostas	25
4.5 Análise comparativa entre as variáveis	25
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	40

1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) constitui um fenômeno global e é responsável pelo elevado número de casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) nos cinco continentes. Somente no Brasil, de 1980 a 2008, foram identificados 506.499 casos de AIDS, estando 60% deles distribuídos na região sudeste do país (BRASIL, 2008b; TONELLI; FREIRE, 2000). A AIDS caracteriza-se por uma disfunção grave do sistema imunológico da pessoa infectada pelo HIV, que se manifesta após longos anos do momento da transmissão, pois o vírus mantém-se num estado replicativo de pequena intensidade podendo, nesse momento, ser detectado através de exames sorológicos. A multiplicação viral durante essa fase assintomática leva ao comprometimento do sistema imune do indivíduo e, conseqüentemente, surgem afecções oportunistas, caracterizando o adoecimento por AIDS.

O HIV pode ser transmitido por via sexual, sanguínea ou vertical. São fatores de risco para a transmissão do vírus: as relações sexuais desprotegidas, o uso de sangue e hemoderivados não testados ou tratados inadequadamente, a recepção de órgãos ou sêmen de doadores não triados, a reutilização de seringas ou agulhas, a contaminação acidental durante manipulação de instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue ou secreções de indivíduos portadores do HIV e a exposição do filho de mulher portadora do HIV durante a gestação, o parto e puerpério (BRASIL, 2008a).

A propagação da infecção revela aspectos de dimensões múltiplas e com transformações epidemiológicas significativas (BRASIL, 2008a; DAL FABRO et al., 2005). De início, a doença caracterizava-se por abranger predominantemente a população masculina dos grandes centros; atualmente, ela sofre processo de heterossexualização, feminilização, interiorização e pauperização. O aumento da transmissão por contato heterossexual, atualmente a principal forma de disseminação do HIV, implica em aumento do número de casos em mulheres e, conseqüentemente, em crianças (BRASIL, 2008a; BRITO et al., 2006; DAL FABRO et al., 2005; ORTIGÃO, 1995; SOUZA JUNIOR et al., 2004).

A frequência de casos de AIDS entre mulheres cresceu expressivamente no final da década de 80, quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio. Atualmente, elas representam cerca de 34% dos mais de 500 mil casos de AIDS notificados no Brasil até o ano de 2008, com forte tendência à igualdade das taxas em ambos os sexos (BRASIL, 2008b; ESPÍRITO SANTO, 2007). A faixa etária que concentra o maior percentual de casos de AIDS é a de 25 a 49 anos, faixa que compreende as mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2008a). Como consequência do aumento do número de casos de AIDS em mulheres, observa-se o crescimento das taxas de transmissão do HIV por via vertical. Atualmente, a quase totalidade dos casos de AIDS em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão materno-infantil (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009).

A AIDS pediátrica foi reportada pela primeira vez ao CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) em 1982, um ano após a descrição inicial da nova doença em adultos. De forma semelhante à que ocorria nos adultos, as crianças apresentavam alterações do sistema imunológico, com maior predisposição a infecções quando comparadas aos indivíduos-controles da mesma faixa etária. À medida que aumentava o número de crianças infectadas, observou-se que todas as mães também estavam infectadas pelo HIV (ORTIGÃO, 1995).

A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores, dos quais destacam-se (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009):

- fatores virais, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo viral, diversidade circulante e resistência viral;
- fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e outras co-infecções, o estado nutricional da mulher e o tempo de uso da terapia antirretroviral na gestação;
- fatores comportamentais, tais como o uso de drogas e prática sexual desprotegida;
- fatores obstétricos, tais como a duração de rupturas das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto;
- fatores inerentes ao recém-nascido, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer;
- fatores relacionados ao aleitamento materno.

O Ministério da Saúde recomenda que seja solicitado o teste anti-HIV, mediante aconselhamento e consentimento, a toda gestante em sua primeira consulta pré-natal e, sempre que possível, seja repetido no início do terceiro trimestre da gravidez. Quando o primeiro teste anti-HIV for reagente, é necessária a realização de outro, com princípios diferentes para o diagnóstico do vírus. Entretanto, para a definição do resultado como positivo, é necessária a realização do teste confirmatório (Imunofluorescência ou *Western blot*) na última amostra, conforme esquema apresentado no ANEXO A. No caso das parturientes que estiverem sem resultado de sorologia, a investigação inicial deve ser realizada na maternidade por meio de teste rápido anti-HIV (BRASIL, 2009).

Vários estudos concluíram que a maior probabilidade de transmissão materno-infantil do HIV ocorre durante o trabalho de parto e durante o parto (60%-65%) e o restante, no período intra-útero (35%-40%), principalmente nas últimas semanas de gestação nos casos em que as mães não amamentaram seus bebês. Se houver aleitamento materno da criança, o risco adicional de transmissão é de 7% a 22% (BERTOLLI et al., 1996; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009; ESPÍRITO SANTO, 2002; NISHIMOTO; ELUF NETO; ROZMAN, 2005). Está amplamente comprovado, que os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV são a carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas (COLL et al., 1997; EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1994; GARCIA et al., 1999; MINKOFF et al., 1995; ST LOUIS et al., 1993; THEA et al., 1997).

Na ausência de qualquer intervenção médica que possa reduzir a chance de transmissão condicionada a esses fatores, a transmissão vertical ocorre em cerca de 25 a 30% dos casos (BRASIL, 2009), variando entre 15 a 42% em várias partes do mundo (CAVALCANTE et al., 2008; SUCCI et al., 2007). Essas evidências ressaltaram a necessidade de intervenções na assistência à gestante HIV+, visando a prevenção da transmissão materno-infantil do vírus. Em 1994, foi publicado o Protocolo do AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076) para Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV (ANEXO D), um estudo clínico que demonstrou que a administração de AZT (Zidovudina) à gestante a partir da 14ª semana de gravidez e no parto, bem como à criança durante as seis primeiras semanas de vida, reduzia a transmissão materno-infantil do HIV em 67,5% (CONNOR et al., 1994; COOPER, et al., 2002). Outros estudos comprovaram a eficácia relativa das intervenções com

antirretrovirais quando o AZT era usado tardiamente na gestação ou quando administrado ao recém em até 48 horas após o nascimento (FISCUS et al., 1999; SHAFFER et al., 1999; WADE et al., 1998). Em 1998, num dos primeiros estudos realizados no Brasil após o PACTG 076, a taxa de transmissão vertical estimada foi de 7% (NIELSEN et al., 1998). Em um estudo nacional, multicêntrico, realizado no período de 2000 a 2002, na região sudeste do Brasil, foi demonstrada uma redução da taxa de transmissão vertical de 8,6% para 3,7% (SUCCI et al., 2007).

O documento: "Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes" (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009), revisado periodicamente pela coordenação nacional de DST/AIDS, recomenda medidas preventivas que visam o controle da transmissão vertical do HIV, tais como: realização de teste anti-HIV, com aconselhamento e com consentimento, para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal; repetição da sorologia para HIV no início do 3º trimestre, utilizando testes rápidos, se necessário; realização de testes rápidos anti-HIV na maternidade; rápida realização do parto, com adequada assistência ao binômio mãe-filho; quimioprofilaxia com AZT durante a gestação, trabalho de parto, parto propriamente dito e ao recém-nascido; uso de terapia antirretroviral combinada durante o pré-natal visando tornar a carga viral materna indetectável e a operação cesariana eletiva quando houver indicação (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde vem estabelecendo as bases para o aperfeiçoamento dessas ações, disponibilizando recursos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e material técnico necessário para a atuação profissional ética e competente (BRASIL, 2009). O uso de antirretrovirais combinados na gestação, o parto por cesariana eletiva, o uso de AZT injetável na parturiente, AZT xarope no recém-nascido e a suspensão do aleitamento, promovem redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 0 e 2% (SUCCI et al., 2007). Sabe-se que, com a plena realização das condutas padronizadas, consegue-se atingir essa redução das taxas de transmissão na quase totalidade dos casos. Paralelamente, desde setembro de 2000, a notificação dos casos de gestantes portadoras do HIV e crianças expostas à transmissão vertical é obrigatória, padronizada através de ficha de notificação específica; os principais objetivos do programa de vigilância epidemiológica são: início oportuno da terapêutica materna e profilaxia da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2009).

Embora a incidência de casos de AIDS em crianças venha decrescendo progressivamente em nosso País em decorrência das intervenções preconizadas pelo Programa Nacional, as taxas de transmissão vertical do HIV ainda permanecem elevadas devido à baixa cobertura das ações recomendadas. Dificuldades na assistência determinam cobertura de apenas 63% da população alvo, o equivalente a 0,61% das gestantes com sorologia positiva para HIV em 2004, considerando-se todas as etapas antes do parto (pelo menos uma consulta de pré-natal; pedido de teste anti-HIV; concordância da gestante e conhecimento do resultado antes do parto). Entre as falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV na gestação destacam-se, em 2004, as seguintes: ausência de acompanhamento pré-natal; início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia do HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal sem solicitação de teste anti-HIV; atendimento pré-natal com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do mesmo. Szwarcwald e Souza Junior (2006), em um estudo que avaliou o gradiente social para a cobertura da testagem do HIV na gestação, obtiveram um resultado desfavorável nas mulheres de baixo nível de escolaridade, traduzindo a falta de conhecimento e de acesso aos recursos disponíveis no sistema de saúde.

O Programa Nacional de DST/AIDS realizou o “Estudo Sentinela - Parturientes”, em 2004, que estimou a prevalência da infecção pelo HIV nas gestantes em 0,41%. O pré-natal foi realizado por 96% das parturientes avaliadas, 60% delas compareceram a mais de seis consultas, porém apenas 62,5% realizaram o teste anti-HIV ou tiveram acesso ao resultado (SZWARC WALD, 2005). Novo estudo realizado no ano de 2006 demonstrou que não houve modificação na estimativa de prevalência, nem na frequência de realização do pré-natal. Ainda que esses dados tenham tido uma evolução favorável em relação aos anos anteriores, a insuficiente cobertura na realização do teste anti-HIV no pré-natal ainda se mostra um importante fator limitador quando se pretende o pleno controle da transmissão vertical do HIV no País (BRASIL, 2009).

Por outro lado, o momento do parto oferece mais uma oportunidade de intervenção preventiva. Em 2003, o Ministério da Saúde implantou o “Projeto Nascer – Maternidades”, com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical de 16% para 8% nas mães com teste rápido positivo por ocasião do parto e, de 16% para

menos de 3%, nas que obtiveram diagnóstico e tratamento adequados durante o pré-natal. Para isso, programou-se testar 100% das parturientes atendidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) não testadas ou sem registro das sorologias para HIV, garantindo cobertura completa das medidas terapêuticas e profiláticas indicadas naquele momento (BRASIL, 2009). A realização do teste rápido no momento do parto também é importante para identificar as infecções maternas nas quais o resultado do teste do pré-natal foi negativo por a paciente encontrar-se na janela imunológica. Dessa forma, é possível assegurar a não realização do aleitamento materno e evitar que a transmissão vertical ocorra nesse momento (LIANG et al., 2009; LOCKMAN et al., 2009).

Para que as taxas da transmissão vertical do HIV decresçam verdadeiramente ou tornem-se nulas, é necessário que tanto as gestantes quanto as crianças expostas tenham acesso à assistência adequada e às medidas de prevenção. A adesão integral dos profissionais de saúde e das gestantes a essas ações evitará novos casos de AIDS em crianças. Neste contexto, é importante estudar os fatores relacionados à transmissão materno-infantil do HIV, bem como as situações que possam dificultar a realização adequada e em momento oportuno das medidas preventivas preconizadas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Estudar fatores associados à transmissão vertical do HIV na região metropolitana de Vitória, Espírito Santo, entre 2003 e 2006.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil da gestante HIV positiva na região estudada, com ênfase no acompanhamento pré-natal.
- Analisar as medidas de prevenção adotadas no pré-natal das crianças expostas.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo, população e amostra

Realizou-se estudo descritivo da população de crianças expostas à transmissão vertical do HIV nos municípios da região metropolitana de Vitória, nascidas no período de janeiro de 2003 e junho de 2006 e notificadas à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória até dezembro de 2006, conforme registro do banco de dados do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação).

Foram encontrados 289 registros pertinentes à população de estudo no banco de dados do SINAN municipal. Destes, 48 eram referentes a gestantes sem registro de crianças expostas e dois consistiam em duplicações de registro. Excluídas estas situações, obteve-se um total de 239 crianças expostas, às quais foram acrescentadas mais 18 crianças nascidas e notificadas no período de interesse, conforme documentação existente no SAE-HINSG (Serviço de Assistência Especializada em AIDS Pediátrico do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória), totalizando 257 crianças.

Das 257 crianças, 83 foram excluídas por não atenderem aos critérios estabelecidos no projeto de pesquisa, a saber:

- 14 crianças nascidas em municípios fora da região metropolitana de Vitória.
- 41 crianças das quais houve perda de seguimento ou que vieram a óbito antes dos 18 meses de idade.
- 28 crianças que permaneceram com situação indeterminada em relação à infecção por HIV após os 18 meses de idade.

Após este processo de seleção, a amostra ficou constituída de 174 crianças.

3.2 Definição de caso

Para fins de saúde pública, considera-se que são expostas à transmissão vertical as crianças cujas mães são detectadas anti-HIV positivo nas seguintes condições:

- Antes da gestação, ou
- Durante a gestação, ou
- No parto, ou
- Após o parto, até o fim do aleitamento materno.

Normas do Ministério da Saúde são adotadas nos serviços para definir infecção materna pelo HIV, bem como a situação da criança em relação à infecção pelo vírus após os 18 meses de idade (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007). Estas normas podem ser observadas nos ANEXOs A e C, respectivamente.

3.3 Coleta de dados

Informações sobre as variáveis estudadas foram obtidas através da análise das fichas de investigação de “Gestante HIV+ e criança exposta” (ANEXO B). Quando necessária, foi efetuada ação de vigilância epidemiológica para complementação dos dados não registrados nas fichas, através de comparecimento às maternidades e aos serviços de atendimento especializado em AIDS pediátrico para revisão dos prontuários. Obteve-se considerável dificuldade na coleta, pois ficou evidente que as informações das fichas são preenchidas de forma não padronizada e, muitas vezes, com ausência relatos de dados relevantes.

3.4 Processamento dos dados e Análise estatística

O banco de dados do SINAN foi revisado com base nas informações coletadas e, para análise estatística, utilizou-se o aplicativo Statistical Package for the Social Sciences of Centers for Disease Control, USA, Release 8.0 – 1998. Foi realizada

uma análise descritiva dos dados obtidos por meio das fichas de investigação, através de tabelas de frequência relativa e absoluta, além de gráficos ilustrativos.

3.5 Aprovação do projeto

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HINSG sob número 69/2007 (ANEXO E). Não ocorreram conflitos éticos. O termo de responsabilidade pela utilização dos dados encontra-se exposto no ANEXO F.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil das gestantes analisadas

De acordo com a variável idade materna, agrupada em faixas etárias, a maioria das 174 gestantes (52,9%) apresentava entre 20 e 29 anos. As demais faixas etárias estabelecidas e suas respectivas frequências foram: 30 a 39 anos (37,4%), até 19 anos (9,2%) e 40 anos ou mais (0,5%).

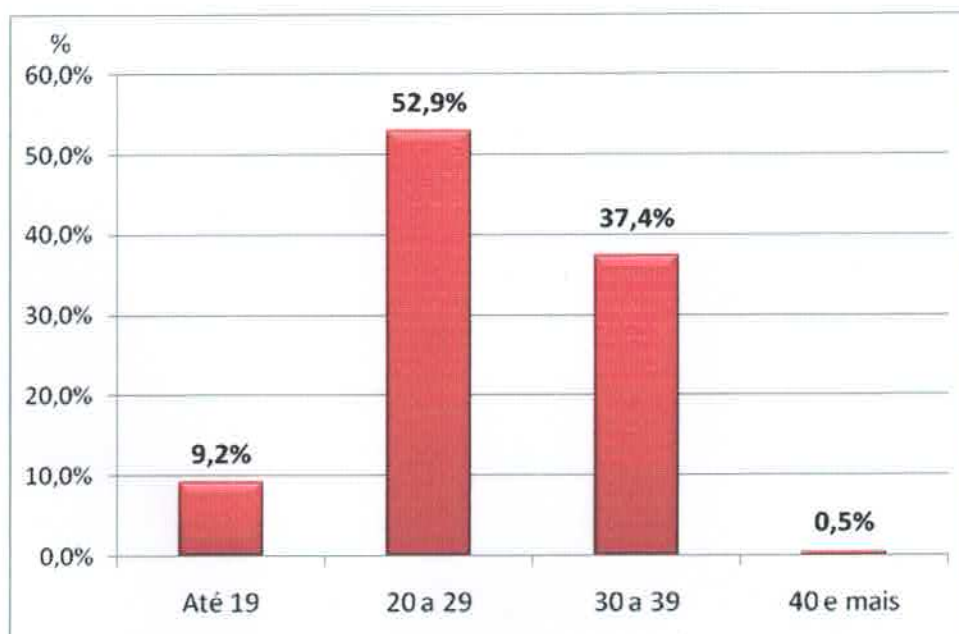


Gráfico 1 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a faixa etária (n = 174)

Fonte: SINAN e SAE-HINSIG (2003-2006).

Quanto à raça da gestante, cerca de 42% (73/174) eram da raça parda, 29,9% (52/174) da raça branca, 21,8% (38/174) de raça preta e 5,2% (9/174) da raça amarela. Dois casos (1,1%) tiveram essa informação ignorada.

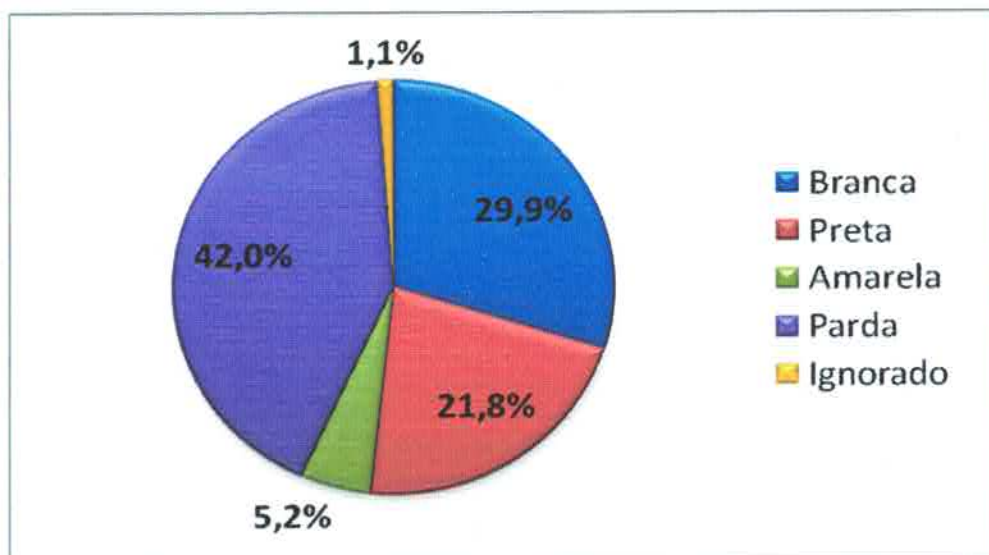


Gráfico 2 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a raça (n = 174)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Observou-se que a maioria (54%) do total das gestantes tinha de 4 a 7 anos de estudo e, a minoria (1,7%), estudou por 12 anos ou mais. Outras faixas de escolaridade encontradas foram: de 8 a 11 anos (23,6%), de 1 a 3 anos (13,2%) e nenhum ano de estudo (5,2%). Pelo gráfico, nota-se que 2/3 da população estudada tinha baixa escolaridade.

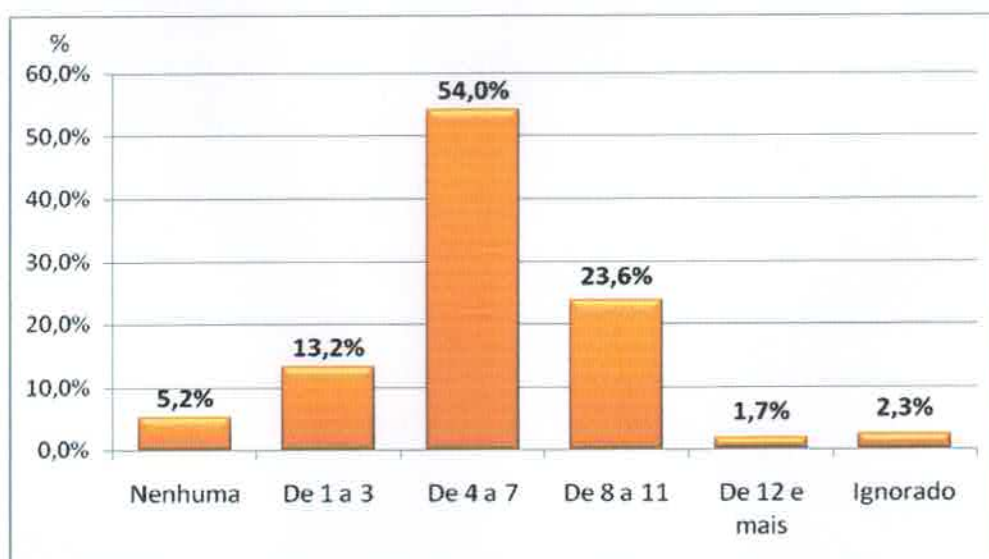


Gráfico 3 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a escolaridade (n = 174)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

A maioria das gestantes analisadas residia na região metropolitana de Vitória, sendo que a capital obteve maior frequência, 29,3% (51/174), seguida pelo município de Vila Velha (27,6%), Cariacica (18,4%), Serra (14,9%), Viana (2,3%), Guarapari (1,7%) e Fundão (0,6%). Quanto às demais localidades, oito gestantes (4,6%) residiam em municípios do interior do Espírito Santo e uma (0,6%) em outro estado.

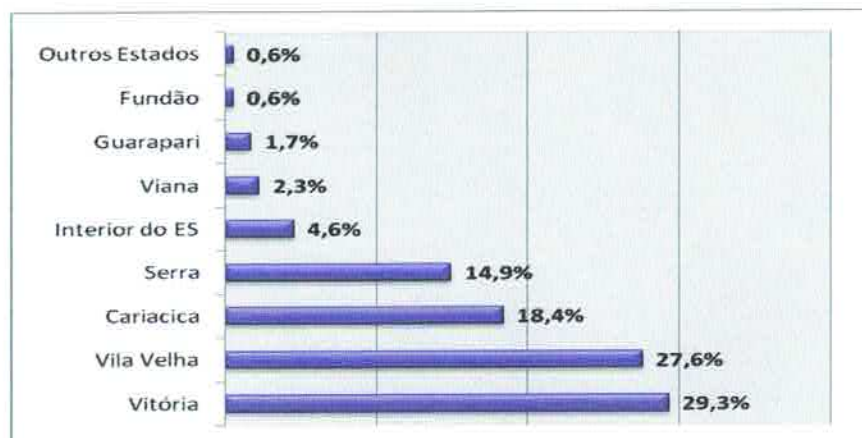


Gráfico 4 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo o município de residência (n = 174)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Das gestantes estudadas, 55,7% (97/174) já possuíam diagnóstico laboratorial do HIV antes do pré-natal e, 29,9% (52/174), foram diagnosticadas durante o pré-natal. Das demais, 6,9% (12/174) apresentaram evidência do HIV através de testes realizados no momento do parto e, 7,5% (13/174), após o parto.

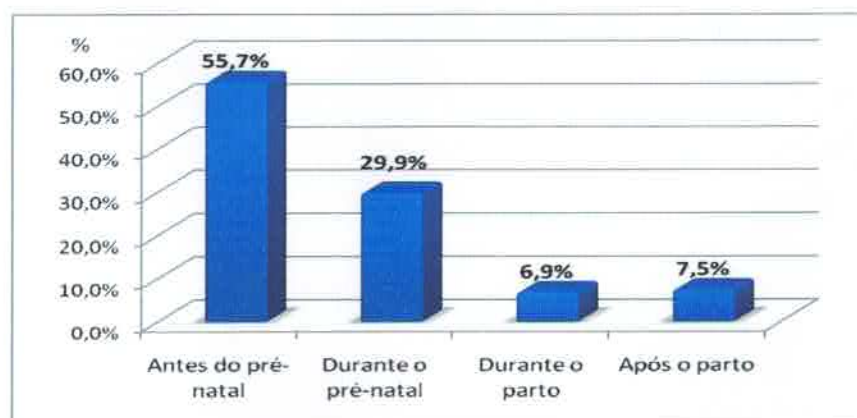


Gráfico 5 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo o momento de diagnóstico do HIV em relação ao pré-natal (n = 174)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

4.2 Caracterização do pré-natal

No que se refere à realização do pré-natal, foi observado que 97,1% (169/174) das gestantes analisadas realizaram, no mínimo, uma consulta de pré-natal. As demais (5/174) não realizaram nenhuma consulta.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a realização do pré-natal
(n = 174)

Realização do Pré-natal	Frequência	Porcentagem
Sim	169	97,1%
Não	5	2,9%
TOTAL	174	100,0%

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Ao analisar os municípios de realização do pré-natal, verificou-se que 55% (93/169) das gestantes fizeram pré-natal na capital. Em seguida, observou-se uma frequência de 19,5% (33/169) em Vila Velha, 13% (22/169) na Serra, 7,7% (13/169) em Cariacica e, as demais, distribuídas entre Guarapari, Iúna e João Neiva.

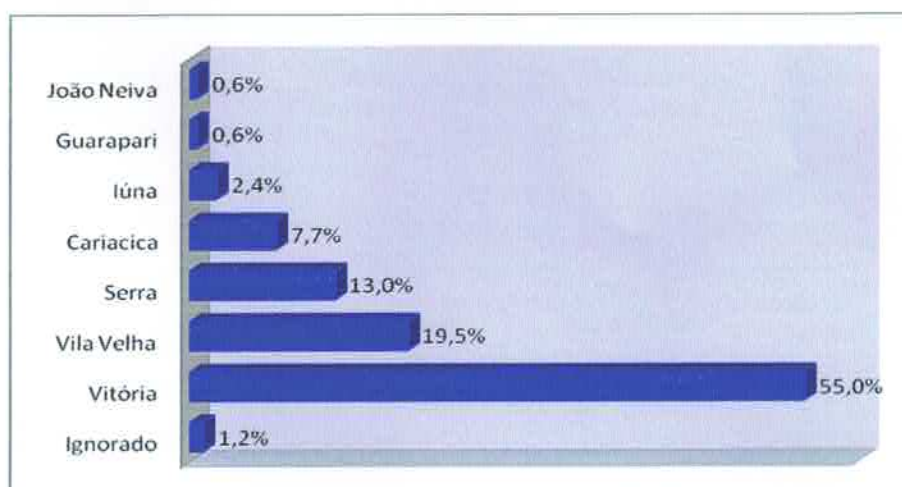


Gráfico 6 – Distribuição das gestantes que realizaram o pré-natal, segundo município de acompanhamento (n = 169)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Foi constatado que 31,9% (54/169) das gestantes realizaram acompanhamento pré-natal nas USB (Unidades Básicas de Saúde) da região metropolitana de Vitória e 23,7% (40/169) utilizaram os serviços do Centro de Referência de DST. As demais foram acompanhadas em hospitais públicos, clínicas privadas e maternidades.

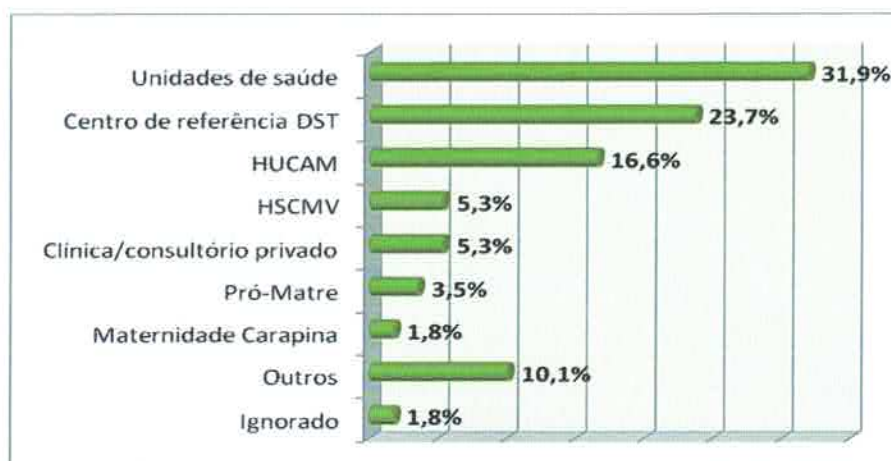


Gráfico 7 – Distribuição das gestantes que realizaram o pré-natal, segundo unidade de acompanhamento (n = 169)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Das gestantes que realizaram o pré-natal, observou-se que a maioria (50,9% - 86/169) compareceu à primeira consulta em até 12 semanas de gestação. Cerca de 37,3% delas (63/169) tinham entre 13 e 24 semanas e 8,3% (14/169) tinham 25 semanas ou mais de gravidez. Seis casos (3,5%) possuíam este dado ignorado.

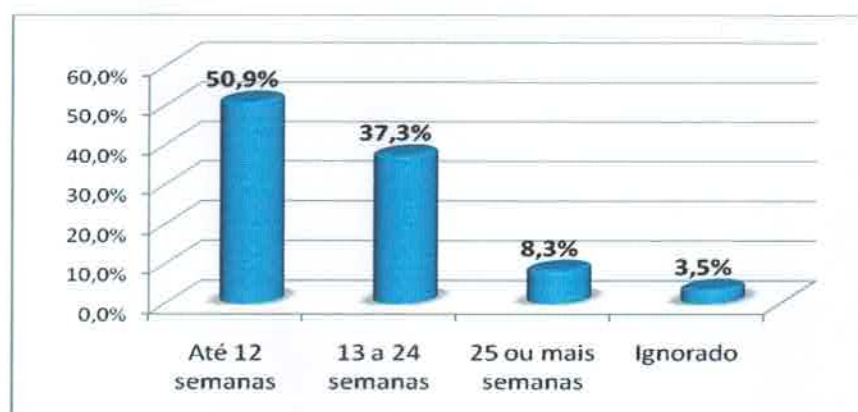


Gráfico 8 – Distribuição das gestantes que realizaram o pré-natal, segundo a idade gestacional da primeira consulta (n = 169)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

4.3 Medidas de prevenção adotadas no pré-natal

Quanto à realização de profilaxia com antirretroviral durante a gestação, observou-se que essa medida foi adotada em 76,4% (133/174) do total das gestantes analisadas.

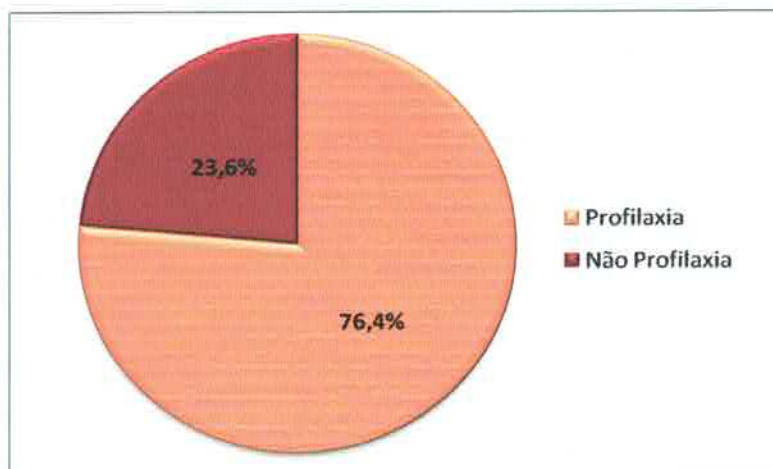


Gráfico 9 – Distribuição das gestantes estudadas, segundo a realização de profilaxia com antirretroviral (n = 174)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Das gestantes submetidas à profilaxia com antirretroviral, 21% (28/133) utilizaram por até 12 semanas, 41,4% (55/133) por 13 a 24 semanas e 37,6% (50/133) por 25 ou mais semanas.

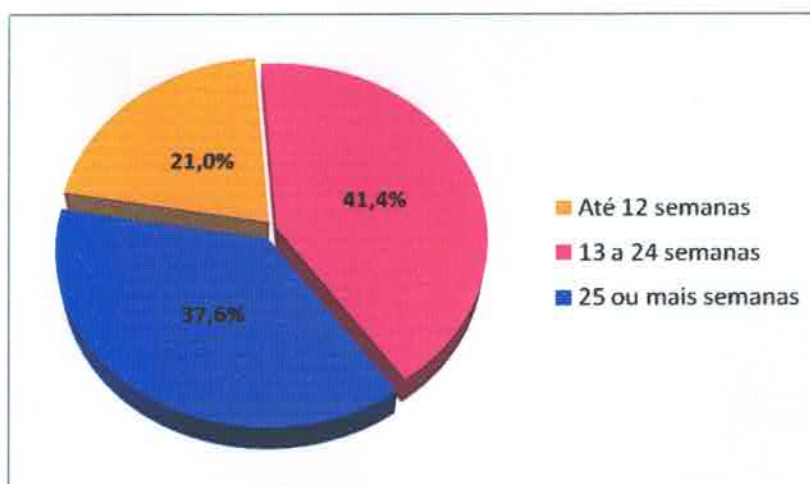


Gráfico 10 – Distribuição das gestantes que realizaram profilaxia com antirretroviral, segundo o tempo de utilização (n = 133)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

4.4 Desfecho nas crianças expostas

No que se refere ao diagnóstico da infecção pelo HIV nas crianças expostas, 13,2% (23/174) fecharam diagnóstico como infectados aos 18 meses de idade.

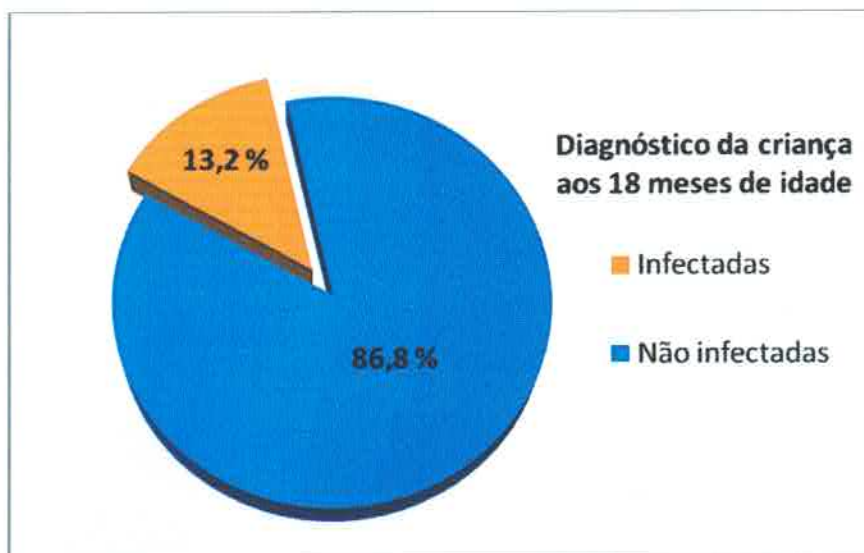


Gráfico 11 – Situação das crianças expostas, segundo diagnóstico da infecção pelo HIV aos 18 meses de idade (n = 174)

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

4.5 Análise comparativa entre as variáveis

Quando comparados o momento do diagnóstico do HIV na gestante com o diagnóstico de infecção na criança, foram observadas maiores taxas de infecção quanto mais tardio o diagnóstico materno. Foram infectadas apenas 6,2% (6/97) das crianças nascidas de gestantes diagnosticadas antes do pré-natal. Em contrapartida, 53,8% (7/13) das crianças de gestantes diagnosticadas após o parto foram infectadas. daquelas gestantes com diagnóstico durante o pré-natal, 13,5% (7/52) crianças foram infectadas e, das com diagnóstico durante parto, 25% (3/12) das crianças.

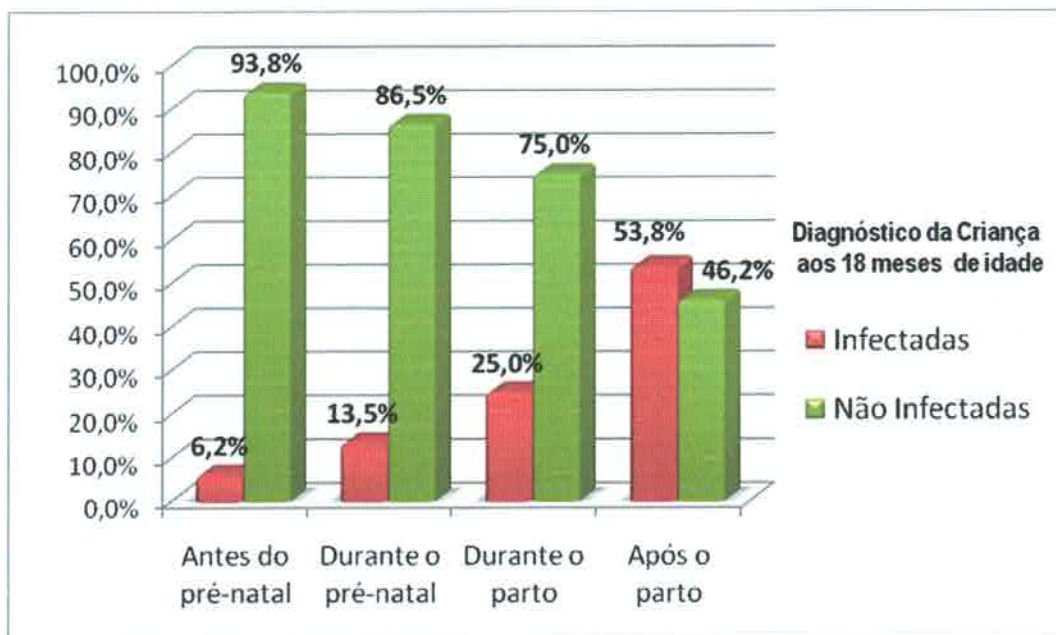


Gráfico 12 – Relação entre o momento de diagnóstico do HIV materno em relação ao pré-natal e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Quanto à realização de pré-natal e infecção na criança, das cinco gestantes que não realizaram pré-natal, duas (40%) tiveram crianças infectadas: uma delas já tinha diagnóstico de HIV antes da gestação, entretanto não fez qualquer profilaxia; a outra gestante obteve diagnóstico somente após o parto. Das 169 que realizaram pré-natal, 21 (12,4%) tiveram crianças infectadas.

Tabela 2 – Relação entre a realização do pré-natal e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade

Realização do Pré-natal	Diagnóstico da criança aos 18 meses de idade				Total
	Infecteda		Não Infectada		
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	
Sim	21	12,4%	148	87,6%	169
Não	2	40,0%	3	60,0%	5
Total	23	13,2%	151	86,8%	174

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Quando comparadas, idade gestacional da primeira consulta do pré-natal e infecção da criança, observou-se que 8,1% (7/86) das crianças nascidas de gestantes que iniciaram o acompanhamento com até 12 semanas de gestação apresentaram infecção pelo HIV. Das 63 gestantes que iniciaram o pré-natal com 13 a 24 semanas de gestação, dez crianças (15,9%) foram infectadas e das 14 gestantes que iniciaram com 25 ou mais semanas de gestação, três (21,4%) crianças foram infectadas. Das seis gestantes que não possuíam dados referentes à idade gestacional da primeira consulta, uma (16,7%) teve filho infectado pelo HIV.

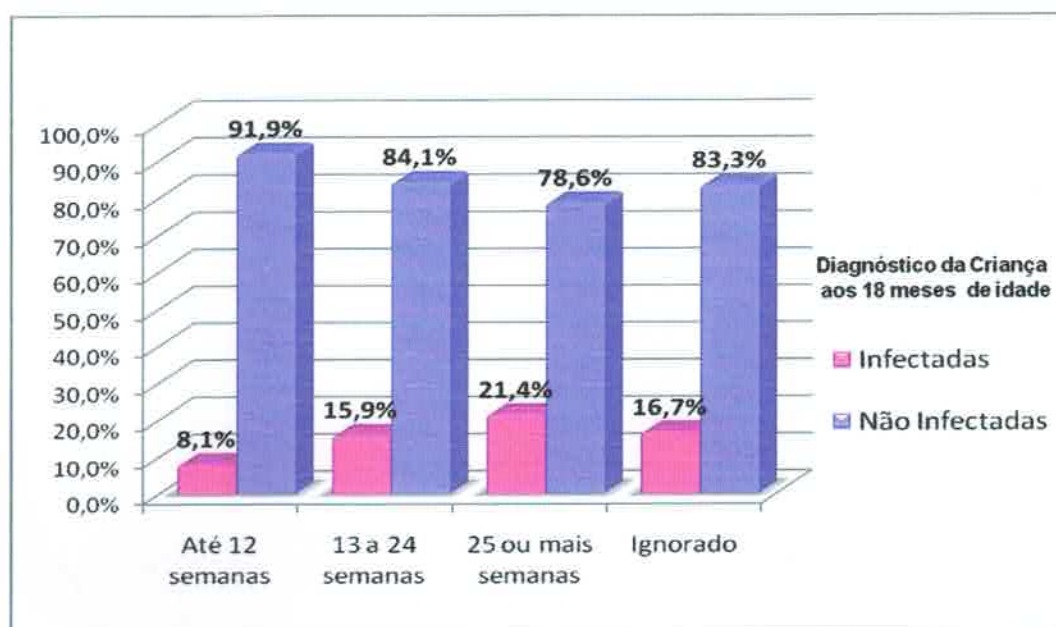


Gráfico 13 – Relação entre a idade gestacional da primeira consulta de pré-natal e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Das 133 gestantes que fizeram profilaxia com antirretroviral, oito (6%) tiveram crianças infectadas. Por outro lado, das 41 gestantes que não foram submetidas à profilaxia, 15 (36,6%) tiveram crianças infectadas.

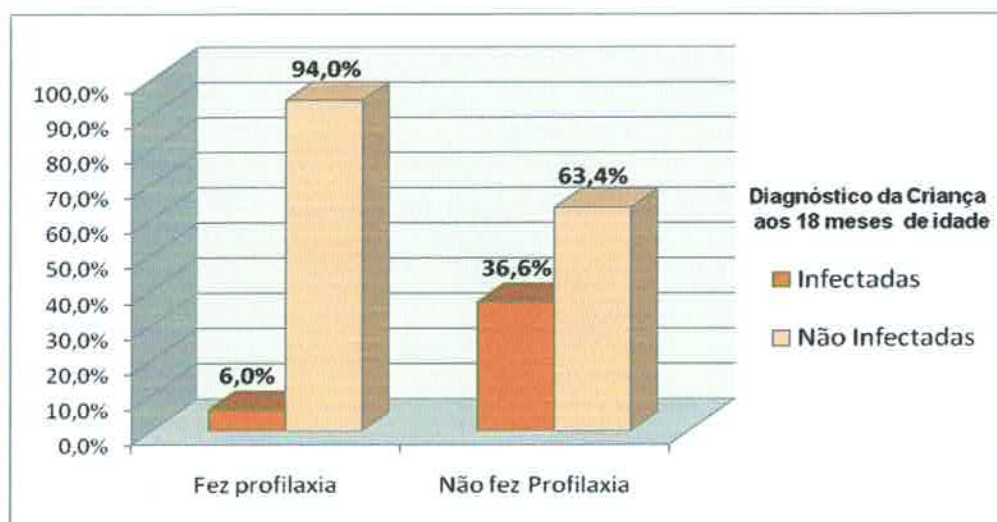


Gráfico 14 – Relação entre a realização de profilaxia com antirretroviral e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

Das 50 gestantes que fizeram profilaxia com antirretroviral por 25 semanas ou mais, apenas uma teve filho infectado (2%). Enquanto que, das 28 gestantes que utilizaram profilaxia por até 12 semanas, quatro (14,3%) tiveram filhos infectados e, das 55 gestantes que utilizaram por 13 a 24 semanas, três (5,5%) tiveram infecção.

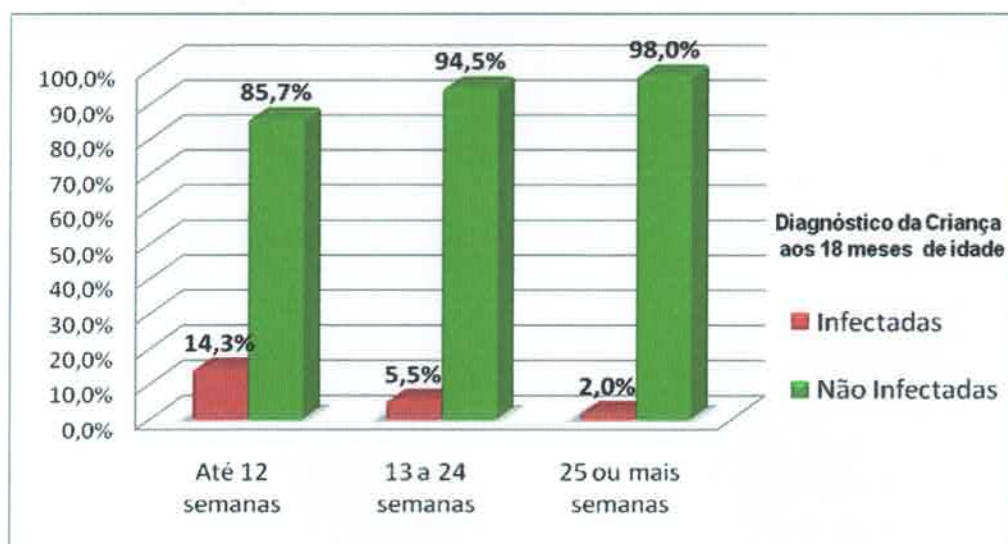


Gráfico 15 – Relação entre o tempo de realização da profilaxia com antirretroviral e o diagnóstico da criança aos 18 meses de idade

Fonte: SINAN e SAE-HINSG (2003-2006).

5. DISCUSSÃO

O trabalho proposto apresenta uma análise descritiva da transmissão vertical do HIV na região metropolitana de Vitória, entre janeiro de 2003 e junho de 2006, obtida através da consulta de 174 fichas de investigação de “Gestante HIV+ e criança exposta” (ANEXO B).

Observou-se que a faixa etária mais frequente entre as gestantes foi a de 20 a 29 anos (52,9%), seguida da faixa de 30 a 39 anos (37,4%). Esses dados são semelhantes aos encontrados na literatura nacional, que apresenta 71% dos casos de AIDS em mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos, ou seja, mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2008a). Quanto à escolaridade das gestantes, verificou-se que a maioria (54%) estudou de 4 a 7 anos e 23,6% estudaram de 8 a 11 anos. Dados do Ministério da Saúde de 2008 revelam, ao longo dos anos, um maior percentual de gestantes infectadas com 4 a 7 anos de estudo e um aumento proporcional do número de casos em gestantes com 8 a 11 anos de estudo, variando de 16% em 1999, para 25% dos casos em 2006 (BRASIL, 2008a).

Pouco mais da metade das gestantes analisadas (55,7%) tinham diagnóstico prévio de infecção pelo HIV antes do pré-natal e, destas, apenas 6,2% tiveram crianças com diagnóstico de HIV aos 18 meses de idade, conforme critérios do Ministério da Saúde expostos no ANEXO C. De uma forma geral, a porcentagem de crianças infectadas aumentou quanto mais tardio foi o diagnóstico do HIV materno, chegando a atingir uma taxa de 53,8% de infecção nas crianças nascidas de gestantes diagnosticadas somente após o parto, o que confere com a literatura (SUCCI et al., 2007; THORNE et al., 2009). Quanto mais precoce o diagnóstico, maior é a chance de se evitar a transmissão vertical do HIV, pois a ausência de detecção da infecção pelo vírus durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução das taxas de transmissão materno-infantil (FERNANDES; ARAUJO; ACOSTA, 2005; LIANG et al., 2009; LOCKMAN et al., 2009; SOUZA JUNIOR et al., 2004). Observa-se também, a importância da realização do teste rápido nas maternidades por ocasião do parto, uma vez que muitas gestantes não fazem acompanhamento pré-natal ou o fazem de

forma inadequada. Dessa forma, o momento do parto torna-se mais uma oportunidade de intervenção médica, através da realização das medidas terapêuticas e profiláticas indicadas nesse momento e da suspensão do aleitamento materno (LIANG et al., 2009; LOCKMAN et al., 2009).

É recomendação obstétrica clássica que toda gestante compareça mensalmente ao pré-natal até o sétimo mês de gestação e, a partir de então, as consultas passam a ser quinzenais, e semanais no último mês. Conclui-se que o ideal é que cada gestante realize cerca de 12 a 14 consultas, variando conforme a idade gestacional de início do acompanhamento e as particularidades de cada paciente. No caso das gestantes infectadas pelo HIV, consideradas como gravidez de risco, espera-se o cumprimento desse parâmetro, podendo haver necessidade de um maior número de consultas. A recomendação básica do Ministério da Saúde estipula um número mínimo de seis consultas de pré-natal para as gestantes sem risco acrescido (VASCONCELOS; HAMANN, 2005). Das 174 gestantes analisadas, 97,1% constavam nas fichas como gestantes que realizaram o pré-natal, porém, ainda que essencial à análise, não foi possível obter informações válidas quanto ao número de consultas realizadas, devido à grande quantidade de dados não informados. Dessa forma, foram consideradas como tendo realizado o pré-natal, as gestantes que compareceram a, pelo menos, uma consulta. Souza Junior et al. (2004), em estudo sentinela que traçava o perfil de mais de 30.000 gestantes HIV+ em todo o Brasil, obtiveram uma frequência de 95,6% de realização do pré-natal, sendo consideradas as pacientes que compareceram a uma ou mais consultas. Succi et al. (2007) relataram em seu estudo, que a taxa de transmissão vertical em gestantes que realizaram o pré-natal foi de 6,5% em 2000 e 5,6% em 2001; por outro lado, naquelas que não realizaram, as taxas foram de 28% em 2000 e 18% em 2001. Szwarcwald (2005) observou que o pré-natal foi realizado por 96% das gestantes avaliadas no estudo sentinela parturientes, sendo que 60% delas compareceram a mais de seis consultas, porém apenas 62,5% realizaram o teste anti-HIV ou tiveram acesso ao resultado.

Cerca de metade das gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal com menos de 12 semanas de gestação (50,9%) e a frequência de crianças infectadas (8,1%) nessa população foi menor em relação às demais. Deste modo, pode-se observar que quanto mais tardio o início do acompanhamento pré-natal, maior a taxa de

infecção nas crianças, o que condiz com a literatura vigente (FERNANDES; ARAUJO; ACOSTA, 2005; SOUZA JUNIOR, et al., 2004). Quanto aos locais de realização do pré-natal, verificou-se que a maioria das gestantes (55%) foi acompanhada em Vitória, seguida de Vila Velha (19,5%) e Serra (13%), sendo que, de maneira geral, as UBS tiveram a maior frequência de atendimentos (32%). Observou-se também, que o Centro de Referência de DST de Vitória foi o local que obteve, isoladamente, o maior número de atendimentos (23,7%). Marques et al. (2002) encontraram maior frequência de atendimentos do pré-natal de gestantes soropositivas em UBS.

Este estudo constatou, ainda, que 76,4% das gestantes analisadas realizaram a profilaxia com antirretroviral e, apenas 6% (8/133) delas, tiveram crianças infectadas pelo HIV; vale salientar que metade destas (4/8) utilizou profilaxia por, no máximo, 12 semanas e, somente uma gestante, utilizou por 25 ou mais semanas. Em contrapartida, das gestantes que não realizaram a profilaxia, 36,6% tiveram crianças infectadas. Notou-se também, que quanto maior a duração da terapia com antirretroviral, menor a taxa de infecção. Encontram-se taxas semelhantes quanto à utilização da profilaxia em diversos estudos. Segundo Vasconcelos e Hamann (2005), 76% das 359 gestantes analisadas realizaram a profilaxia durante a gestação. Succi et al. (2007) relataram que 25,8% das 508 gestantes que não realizaram profilaxia tiveram criança com diagnóstico de infecção pelo HIV.

A não realização do pré-natal e a não adesão à profilaxia durante a gestação por parte das mulheres infectadas pelo HIV, constituem fatores de risco associados à transmissão do vírus (FERACIN, 2009). Os motivos relatados neste estudo para a não adesão à profilaxia foram: pré-natal irregular, não realização do pré-natal, não realização de teste anti-HIV, atraso no resultado do mesmo, recusa da gestante na realização do exame, teste negativo ou indeterminado no pré-natal, dentre outros.

Quanto à recusa da gestante em ser submetida à testagem sorológica na gestação, observa-se que a literatura relata dados bastante divergentes. Em um estudo sobre a disponibilidade da sorologia anti-HIV nas unidades de realização do pré-natal em Ribeirão Preto - SP, notou-se que, dentre as gestantes atendidas nas unidades onde o exame encontrava-se disponível, somente 62,3% concordaram com a realização dos testes, obtendo um total de 0,76% de resultados positivos (NEVES; PASSOS;

GUELERI, 1999). Em contrapartida, Veloso et al. (2008) obtiveram uma taxa de aceitação de 92,5%. Outros estudos têm demonstrado taxas de aceitação em torno de 36-98% (FERNANDEZ, et al., 2000), porém é importante destacar, que há uma tendência de maior adesão ao longo dos últimos anos, sugerindo maior esclarecimento da população sobre a AIDS e a importância do seu diagnóstico. A inserção do aconselhamento e diagnóstico do HIV na rotina do pré-natal é recomendada desde 1995 (ARAÚJO; VIEIRA; BUCHER, 2006) e, no Brasil, a testagem voluntária anti-HIV está disponível desde 1997 para todas as gestantes (ROSA et al., 2006). No aconselhamento pré-teste proposto pelo Ministério da Saúde, o profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/AIDS e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe em relação a essas doenças (BRASIL, 2009). Muitos fatores podem interferir na aceitação do aconselhamento pré-teste e, conseqüentemente, na realização da testagem, como: cultura da população, percepção dos riscos, motivação dos conselheiros e o nível de discriminação contra os possivelmente infectados (CARTOUX et al., 1998). Há relatos de que o apoio por parte do parceiro também é decisivo na aceitação (MOODLEY; WENNERBERG, 2005).

Surpreendentemente, o presente estudo demonstrou uma taxa de infecção de 13,2% das crianças expostas ao HIV avaliadas. Observou-se, contudo, que quando consideradas as 133 gestantes que realizaram a profilaxia com antirretroviral, obteve-se uma taxa de infecção reduzida (6%), predominantemente, naquelas gestantes que realizaram profilaxia por menor tempo de duração. Esses dados são semelhantes aos encontrados em estudos realizados após as recomendações. Tess et al. (1998), em estudo único no Brasil anterior à introdução da terapia antirretroviral universal, obtiveram uma taxa de transmissão vertical estimada em 16%. Nogueira et al. (2001), com o objetivo de avaliar o impacto das ações na redução dos índices de transmissão vertical como a utilização do AZT e a substituição do leite materno, obtiveram uma taxa de 2,75% de infecção, comprovando a importância das intervenções após a divulgação do protocolo. Thorne et al. (2009), em estudo realizado entre 2000 e 2007 com 1.690 gestantes ucranianas, incluindo as que fizeram esquema de antirretroviral e as que não fizeram, encontraram uma taxa de transmissão vertical de 11,4%; observaram ainda, que as taxas de transmissão decaíram consideravelmente ao longo de toda a pesquisa (de 15,2% em 2001, ano

de implantação efetiva do programa de prevenção de transmissão vertical no país, para 7,0% em 2006) e que a taxa de infecção foi de 3,9% nas gestantes que realizaram profilaxia com antirretrovirais. Succi et al. (2007) também relataram uma redução da taxa de transmissão vertical ao longo de sua pesquisa, de 8,6% em 2000 para 7,1% em 2001.

6. CONCLUSÃO

A heterossexualização e a feminilização da AIDS têm acarretado um maior número de casos de transmissão vertical do HIV. Além de causar repercussões sociais e comportamentais, a transmissão vertical torna-se, sobretudo, uma questão de saúde pública. Ao longo dos anos, algumas medidas vêm sendo adotadas e aperfeiçoadas mundialmente para evitar novos casos de crianças infectadas pelo vírus.

Este trabalho buscou estudar fatores associados à transmissão vertical do HIV para traçar o perfil da gestante HIV positiva na região metropolitana de Vitória - ES, entre 2003 e 2006, enfatizando o acompanhamento e as medidas de prevenção adotadas no pré-natal das crianças expostas.

O pleno controle da transmissão vertical do HIV ainda não foi alcançado na região estudada, assim como no Brasil de uma forma geral, devido à existência de fatores limitantes no que se refere à disponibilidade dos recursos necessários para a total abrangência das medidas profiláticas. Observou-se que um dos principais fatores limitadores é a baixa cobertura da testagem sorológica em tempo hábil para a intervenção, o que reduz significativamente as chances de prevenção da transmissão.

Os dados encontrados foram semelhantes aos relatados em diversos estudos científicos, tanto no que diz respeito ao perfil sócio-demográfico da gestante, quanto aos fatores relacionados ao pré-natal. Isto ressalta a eficácia das medidas preventivas estabelecidas, quando aplicadas em momento oportuno e de forma adequada.

Destaca-se, portanto, a importância da adesão integral dos profissionais de saúde aos protocolos estabelecidos no território nacional para controle e erradicação da transmissão materno-infantil do HIV, bem como, a garantia de recursos, acesso e adesão das gestantes portadoras do HIV às medidas de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; BUCHER, J. S. N. F. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV. **Boletim Epidemiológico-Aids/DST**. Brasília, ano III, n. 1, p. 16-22, nov. 2006.
2. BERTOLLI, J.; ST LOUIS, M. E.; SIMONDS, R. J.; NIEBURG, P.; KAMENGA, M.; BROWN, C.; TARANDE, M.; QUINN, T.; OU, C. Y. Estimating the timing of mother-to-children transmission of human immunodeficiency virus in a breastfeeding cohort in Kinshasa, Zaire. **J Infect Dis**, v. 174, n. 4, p. 722-726, oct. 1996.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2008a.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids/DST**. Brasília, ano V, n. 1, 2008b.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Consenso de Gestantes 2009: versão preliminar**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B01A0D045-71DE-4561-94D8-C2D312AF593F%7D/CONSENSO%20GESTANTES%20PARA%20SITE.pdf>
Acesso em: 30 ago. 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. 2006. Atualizado em 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria**. 3ª ed. Brasília, 2006a. 168 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, 2006b.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008: documento preliminar**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, 2007.
10. BRITO, A. M. de; SOUSA, J. L. de; LUNA, C. F.; DOURADO, I. Trends in maternal-infant transmission of AIDS after antiretroviral therapy in Brazil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, Supl., p. 18-22. 2006.

11. CARTOUX, M.; et al. Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries: an international survey. **AIDS**, v. 12, n. 18, p. 2489–2493. 1998.
12. CAVALCANTE, M. S.; SILVEIRA, A. C. B. da; RIBEIRO, A. M. S.; RAMOS JUNIOR, A. N. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 8, n. 4, oct./dec. 2008.
13. COLL, O.; et al. Vertical HIV – 1 transmission correlated with a high maternal viral load at delivery. **J Acquir Immune Defic Hum Retrovirol**, v. 14, p. 26-30. 1997.
14. CONNOR, E. M.; SPERLING, R. S.; GELBER, R.; KISELEV, P.; SCOTT G, O'SULLIVAN, M. J.; et al. For The Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. **N Engl J Med**, v. 331, p. 1173-1180. 1994.
15. COOPER, E. R.; CHARURAT, M.; MOFENSON, L.; HANSON, C.; PITT, J.; DIAZ, C; HAYANI, K.; HANDELSMAN, E.; SMERIGLIO, V.; HOFF, R.; BLATTNER, W. Combination Antiretroviral Strategies for the Treatment of Pregnant HIV-1– Infected Women and Prevention of Perinatal HIV-1 Transmission. **J Acquir Immune Defic Syndrom**, v. 29, n. 5, p. 484-494, apr. 2002.
16. DAL FABBRO, M. M. F. J.; MORAES, S. P. Z. R. de; CUNHA, R. V. da; FREITAS, G. M. B. de; FREITAS, H. G. de; BOTELHO, C. A.; SOUZA JUNIOR, V. G. de. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Mato Grosso do Sul, v. 14, n. 2, p. 105-110. 2005.
17. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Dados Epidemiológicos: gestantes soropositivas para o HIV. **Boletim Epidemiológico Aids/DST/ES**, n. 18, jan./jun. 2007.
18. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto Nascer**. Coordenação Estadual Materno Infantil, Coordenação Estadual DST/AIDS. 2002.
19. EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY. Caesarean section and the risk of vertical transmission of HIV-1infection. **Lancet**, v. 343, p. 1464-1467. 1994.
20. FERACIN, J. C. F. **Situações que limitam a prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS em região do interior de São Paulo: Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa**. 2009. 198f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
21. FERNANDES, R. C. S. C.; ARAUJO, L. C.; ACOSTA, E. M. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1153-1159, jul./ago. 2005.

22. FERNANDEZ, M. I.; WILSON, T. E.; ETHIER, K. A.; WALTER, E. B.; GAY, C. L.; MOORE, J. Acceptance of HIV Testing During Prenatal Care. **Public Health Reports**, v. 115, p. 460-468, sep./oct. 2000.
23. FISCUS, S. A.; ADIMORA, A. A.; SCHOENBACH, V. J.; MCKINNEY, R.; LIM, W.; RUPAR, D.; et al. Trends in human immunodeficiency virus (HIV) counseling, testing and antiretroviral treatment of HIV- infected women and perinatal transmission in North Carolina. **J Infect Dis**, v. 180, p. 99-105. 1999.
24. GARCIA, P. M.; KALISH, L. A.; PITT, J.; et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. **N Engl J Med**, v. 341, n. 6, p. 394-402. 1999.
25. LIANG, K.; et al. A case series of 104 women infected with HIV-1 via blood transfusion postnatally: high rate of HIV-1 transmission to infants through breast-feeding. **J Infect Dis**, v. 200, p. 682-686. 2009.
26. LOCKMAN, S.; et al. Acute maternal HIV infection during pregnancy and breast-feeding: substantial risk to infants. **J Infect Dis**, v. 200, p. 667-668. 2009.
27. MARQUES, H. H. S.; LATORRE, M. R. D. O.; DELLANEGRA, M.; PLUCIENNIK, A. M. A; SALOMÃO, M. L. M.; et al. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 385-392. 2002.
28. MINKOFF, H.; et al. The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. **Am J Obstet Gynecol**, v. 173, p. 585-589. 1995.
29. MOODLEY, J.; WENNBERG, J. L. HIV in pregnancy. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 17, p. 117-121. 2005.
30. NEVES, F. R. A. L.; PASSOS, A. D. C.; GUELERI, W. L. Disponibilidade de sorologia anti-HIV como teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 33, p. 624-625. 1999.
31. NIELSEN, K.; JOÃO FILHO, E. C.; GRINSZTEJN, B.; PILOTTO, J. H.; DICKOVER, R.; BRYSON, Y. J. Effect of antirretroviral treatment on the reduction of perinatal HIV transmission in Brazil. In: WORLD AIDSCONFERENCE, 12, 1998, Geneva. **Abstract book**, 1998. p. 22.
32. NISHIMOTO, T. M. I.; ELUF NETO, J.; ROZMAN, M. A. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus (HIV-1): evaluation of control measures in the city of Santos. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 54-60, jan./feb. 2005.
33. NOGUEIRA, S. A.; ABREU, T.; OLIVEIRA, R.; ARAUJO, L.; COSTA, T.; ANDRADE M.; et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. **Braz J Infect Dis**, v. 5, p. 78-86. 2001.

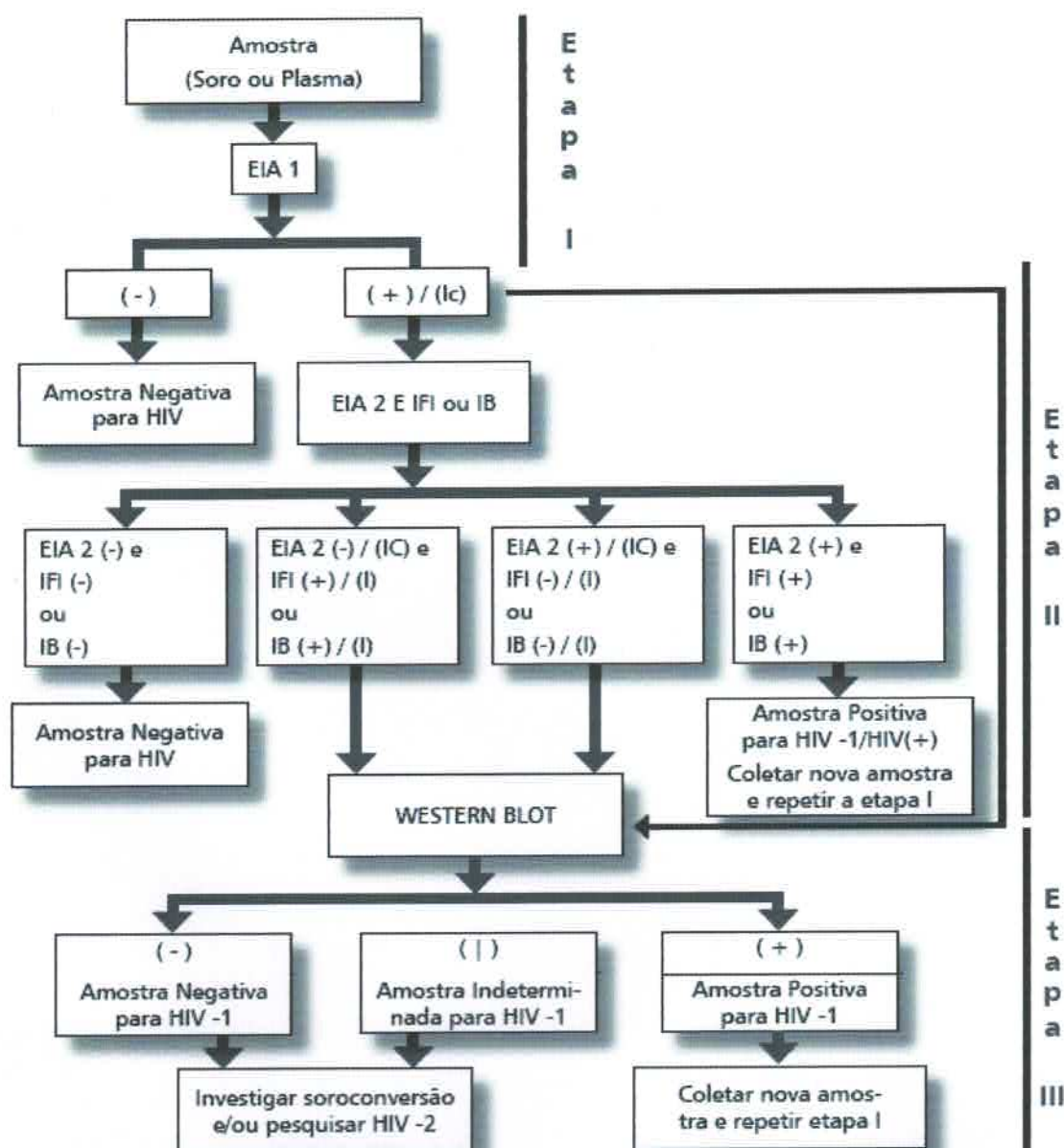
34. ORTIGÃO, M. B. AIDS in Children: Observations on Vertical Transmission. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 142-148, jan./mar. 1995.
35. ROSA, H.; et al. Barreiras para a realização do teste para detecção do HIV em gestantes no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 220-225. 2006.
36. SAE-HINSG - **Serviço de Assistência Especializada em AIDS Pediátrico do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória**. Vitória – ES. 2009.
37. SHAFFER, N.; ROONGPISUTHIPONG, A.; SIRIWASIN, W.; CHOTPITAYASUTHIPONG, T.; CHEARSKUL, N.; NANCY, N.; et al. Maternal virus load perinatal human immunodeficiency virus type 1 subtype E transmission. **Thai J Infect Dis**, v. 179, p. 590-599. 1999.
38. SOUZA JUNIOR, P. R. B. de; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JUNIOR, A.; CARVALHO, M. F. de; CASTILHO, E. A. de. HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project, Brazil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 764-772. 2004.
39. ST LOUIS, M. E.; et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic and placental factors. **JAMA**, v. 169, p. 2853-2859. 1993.
40. SUCCI, R. C. M.; et al. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. Sup 3, p. 379-389. 2007.
41. SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. **Boletim Epidemiológico Aids/DST/ES**, v. 3, n. 1, jan./jun. 2006.
42. SZWARCOWALD, C. L. **Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente**. 2005. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/main.asp?ViewID=%7BA62BDF6E%2D914A%2D4DF7%2DA10E%2DCE06AB4E26F7%7D¶ms=itemID=%7B3566AED4%2D024A%2D402A%2D8DA4%2D712906EB5424%7D;&UIPartUID=%7B585687B3%2DF650%2D459E%2DAC6E%2D23C0B92FB5C4%7D> Acesso em: 30 ago. 2009.
43. TESS, B. H.; RODRIGUES, L. C.; NEWELL, M. L.; DUNN, D. T.; LAGO, T. D. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. **AIDS**, v. 12, p. 513-520. 1998.
44. THEA, D. M.; et al. The effect of maternal viral load on the risk of perinatal transmission of HIV-1. **J Infect Dis**, v. 175, p. 707-711. 1997.
45. THORNE, C.; SEMENENKO, I.; PILIPENKO, T.; MALYUTA, R.; et al. Progress in prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in Ukraine: results from a birth cohort study. **BMC Infectious Diseases**, v. 9, p. 40. 2009.

46. TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. **Doenças Infecciosas na Infância e na Adolescência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p. 1199.
47. VASCONCELOS, A. L. R.; HAMANN, E. M. 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, v. 5, n. 4, p. 483-492, out./dez. 2005.
48. VELOSO, V. G.; et al. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, oct. 2008.
49. WADE, N. A.; BIRKHEAD, G. S.; WARREN, B. L.; CHARBONNEAUX, T. T.; FRENCH, P. T.; WANG, L.; et al. Abbreviated regimens transmission of the human immunodeficiency virus. **N Engl J Med**, v. 339, p. 1409-1414. 1998.

ANEXOS

ANEXO A

Deteccão de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses, segundo a Portaria de Nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003.



LEGENDA:

EIA ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO (ELISA; EIA; MEIA)

IFI IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA

IB IMUNOBLOT

IC INCONCLUSIVO

I INDETERMINADO

(-) NÃO REAGENTE

(+) REAGENTE

(*) De acordo com o ensaio realizado (IFI ou IB)

ANEXO B(a) - Ficha de investigação de gestante HIV positiva e criança exposta

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISGHIV SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTANTE HIV- E CRIANÇAS EXPOSTAS		Nº		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2- Individual		2	Data da Notificação	
	3	Município de Notificação		Código (IBGE)		
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
Dados do Caso	5	GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS		6	Data do Diagnóstico	
	7	Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta		8	Data de Nascimento	
	9	Idade D - dias M - meses A - anos	10	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Ignorado				
13	Número do Cartão SUS		14		Nome da mãe	
Dados de Residência	15	Logradouro (rua, avenida,...)		16	Número	
	17	Complemento (apto., casa, ...)		18	Ponto de Referência	
	19	UF				
	20	Município de Residência		Código (IBGE) Distrito		
	21	Bairro		Código (IBGE) CEP		
	23	(DDD) Telefone		24	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
Dados Complementares do Caso						
HIV	26	Evidência laboratorial do HIV: 1 - Teste rápido reagente 2 - Teste definitivo reagente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Antes do pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o parto <input type="checkbox"/> Após o parto				
Categoria de Exposição da	27	Informações sobre a parceria sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS <input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido <input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico				
	28	Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		29	História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	30	Acidente com material biológico com posterior soroc conversão <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		31		Transmissão Vertical <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado
Pré-Natal						
Dados Pré-Natal	32	Município de realização do Pré-Natal		33	Unidade de realização do pré-natal:	
	34	Nº da Gestante no SISPRENATAL		35	Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal: semanas	
	36	Data provável do parto:				
	37	Caso confirmado de aids: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		38		Em uso de anti-retrovirais para tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	39	Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início semanas				
40	Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Não realização do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Recusa da gestante Outros motivos: _____ <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não disponível <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não oferecido <input type="checkbox"/> Em uso anti-retroviral para tratamento					

ANEXO B(b) - Ficha de investigação de gestante HIV positiva e criança exposta

Parto			
Dados Parto	41 Município do local do parto <input type="text"/> Código <input type="text"/>	42 Local de realização do parto: <input type="text"/> Código <input type="text"/>	
	43 Data do parto: <input type="text"/>	44 Idade gestacional: <input type="text"/> semanas	
	45 Fez pré-natal? <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	46 Se sim, nº consultas: <input type="text"/>	
	47 Município de realização do pré-natal <input type="text"/> Código <input type="text"/>	48 Unidade pré-natal <input type="text"/> Código <input type="text"/>	
	49 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas): <input type="text"/> 00 - não usou 99 - ignorado		
	50 Tempo de ruptura das membranas (horas): <input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado		
	51 Evolução da gravidez: <input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Cesáreo 3 - Aborto		52 Gestação múltipla: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não
	53 Fez uso de anti-retroviral durante o parto: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado		
	54 Óbito materno: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	55 Criança: <input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica	
	56 Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas): <input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado		
Criança			
Dados Criança	57 Município da unidade de acompanhamento <input type="text"/> Código <input type="text"/>	58 Unidade de acompanhamento da criança: <input type="text"/> Código <input type="text"/>	
	59 Nome da criança: <input type="text"/>	60 Data de nascimento <input type="text"/>	
	61 Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - ignorado	62 Município do local de parto <input type="text"/> Código <input type="text"/>	63 Local de nascimento (Unidade de Saúde): <input type="text"/>
	64 Aleitamento materno: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	65 Se sim, tempo (dias): <input type="text"/>	
	66 Aleitamento cruzado: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	67 Se sim, tempo (dias): <input type="text"/>	
	68 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas): <input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - ignorado		
	69 Utilizou outro anti-retroviral: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado		
	Dados laboratoriais:		
	70 Carga viral (1ª) <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	Data da coleta <input type="text"/>	Resultado <input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável
	71 Carga viral (2ª) <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável
72 Carga viral (3ª) <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	
73 Sorologia anti-HIV aos 24 meses <input type="checkbox"/> Data da coleta <input type="text"/>	1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado		
Conclusão	74 Encerramento do caso <input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito		
	75 Se óbito, data: <input type="text"/>		
	76 Causa do óbito relacionada à aids: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		
77 Responsável pelo preenchimento: <input type="text"/>		78 Data: <input type="text"/>	

ANEXO C

Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica

Para os **menores de 18 meses de idade**, expostos ao HIV por transmissão vertical, considera-se infectada quando houver a presença de RNA ou DNA viral detectável acima de 1.000 cópias/mL em 2 amostras (testes de carga viral) obtidas em momentos diferentes, preferencialmente coletadas após o segundo mês de vida, em virtude do aumento da sensibilidade observado a partir dessa idade, podendo, entretanto ser realizado após duas semanas de vida.

Crianças com **18 meses ou mais de idade**, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas quando uma amostra de soro for reativa em dois (2) testes de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV.

Em crianças **de qualquer idade**, cuja exposição ao HIV tenha sido **outra forma de transmissão que não a transmissão vertical**, o diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV será confirmado quando uma amostra de soro for reativa em dois (2) testes de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV.

Evidência laboratorial de imunodeficiência:

Contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade da criança

CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ DEFINIDORA DE IMUNODEFICIÊNCIA DE ACORDO COM A IDADE	
FAIXA ETÁRIA	CONTAGEM TOTAL E PERCENTUAL
Inferior a 12 meses	<1.500 células por mm ³ (< 25%)
1 a 5 anos	<1.000 células por mm ³ (< 25%)
6 a 12 anos	<500 células por mm ³ (< 25%)

ANEXO D

Protocolo do *AIDS Clinical Trial Group* (PACTG 076) para Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV.

A) PACTG 076 - Esquema Posológico da zidovudina (AZT) na Gestante

AZT – cápsulas de 100 mg, via oral – a partir da 14ª semana até o parto.

Dose diária: - 500 mg, divididos em 5 doses diárias de 100 mg, ou

- 600 mg, divididos em 3 doses diárias de 200 mg, ou

- 600 mg, divididos em 2 doses diárias de 300 mg (este esquema facilita a adesão terapêutica).

B1) PACTG 076 - Esquema posológico do AZT na parturiente

AZT injetável – frasco ampola de 200 mg com 20 ml (10 mg/ml) – A parturiente deve receber AZT endovenoso do início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.

Posologia: iniciar a infusão em acesso venoso individualizado, com 2 mg/Kg na primeira hora seguindo infusão contínua com 1 mg/Kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical. Diluir em soro glicosado 5 % e gotejar; a concentração não deve exceder 4 mg/ml.

Observação: Essa recomendação se refere a todo tipo de parto incluindo cesárea eletiva, sendo que nesta se inicia o AZT IV 3 horas antes da intervenção cirúrgica.

B2) AZT Oral - Esquema alternativo, recomendado em situações de não disponibilidade do AZT injetável no momento do parto

300 mg no começo do trabalho do parto e, a partir de então, 300 mg a cada 3 horas até o clampeamento do cordão umbilical.

C) PACTG 076- Esquema posológico do AZT no Recém-nascido

AZT, solução oral, 10 mg/ml – iniciar até 24 horas após o parto (preferencialmente até a 8ª hora), na dose de 2 mg/Kg a cada 6 horas, durante 6 semanas (42 dias).

ANEXO E



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Vitória, 18 de dezembro de 2007

Protocolo de Pesquisa: nº 69/06

Título: **"Transmissão vertical do HIV na região metropolitana de Vitória, Espírito Santo, entre 2003 e 2007"**.

Autor (a): Diana de Oliveira Frauches e outros

Caros Pesquisadores

Vimos por meio desta informar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa da Glória analisou e aprovou, sem restrições, o projeto intitulado: **"Transmissão vertical do HIV na região metropolitana de Vitória, Espírito Santo, entre 2003 e 2007"**.

Atenciosamente


Prof. Dr. Valmir Ramos da Silva
Coordenador

Alameda Mary Ubirajara, 295 - Santa Lúcia - Vitória - ES CEP 29055-120

ANEXO F**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Eu, MYRIAN ECHER, conheço e cumprirei os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Como responsável pela pesquisa intitulada: "TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, ENTRE 2003 E 2006: ANÁLISE DAS MEDIDAS ADOTADAS NO PRÉ-NATAL", assumo o compromisso de manter a privacidade e confidencialidade dos dados obtidos na análise dos bancos de dados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes e da equipe de saúde envolvida no atendimento prestado. Estou ciente de que os dados obtidos somente poderão ser utilizados para o projeto ao qual se veiculam.

Vitória, 04 de Dezembro de 2009.

MYRIAN ECHER

MARCELO GEIK SIQUARA