



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Especialização em Gestão de Sistemas
e Serviços de Saúde



Fernando Antônio de Souza Lyra

Karla Patrícia Figueirôa Silva

Mônica Maria Cardoso da Silva

**A TRANSMISSÃO VERTICAL PELO HIV EM
PERNAMBUCO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

RECIFE

2008

Fernando Antônio de Souza Lyra

Karla Patrícia Figueirôa Silva

Mônica Maria Cardoso da Silva

**A TRANSMISSÃO VERTICAL PELO HIV EM PERNAMBUCO:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora

Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos

RECIFE

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L992t Lyra, Fernando Antônio de Souza.

A transmissão vertical pelo HIV em Pernambuco: uma revisão bibliográfica/ Fernando Antônio de Souza Lyra, Karla Patrícia Figueirôa Silva, Mônica Maria Cardoso da Silva. — Recife: F. A. S. Lyra, 2009.

22 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos.

1. HIV. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Transmissão Vertical de Doença. I. Vasconcelos, Ana Lúcia Ribeiro de. II. Título.

CDU 616.974

Fernando Antônio de Souza Lyra
Karla Patrícia Figueirôa Silva
Mônica Maria Cardoso da Silva

**A TRANSMISSÃO VERTICAL PELO HIV EM PERNAMBUCO:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Data de aprovação: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Mestra Maria Goretti Godoy
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

RESUMO

Introdução: No Brasil e em Pernambuco, a epidemia do HIV/AIDS caracteriza-se pela heterossexualização e feminização, resultando em um crescimento de casos em mulheres, e conseqüentemente, em crianças por transmissão vertical (84,5% dos casos notificados ao Ministério da Saúde – MS). **Objetivo:** Descrever, com base na literatura científica, os fatores de risco para a transmissão vertical do HIV e as medidas de intervenção preconizadas para a redução dessa infecção; Descrever, as estratégias para redução dessa transmissão e identificar a importância dessas estratégias para a saúde da mãe e seu recém-nascido. **Metodologia:** Os dados foram coletados através do levantamento da literatura sobre o tema a fim de responder aos objetivos do estudo. **Resultados/Discussão:** Em Pernambuco o primeiro caso por transmissão vertical foi registrado em 1985. Tendo sido notificado ao MS até 2004, 710 gestantes com HIV, o que representa 54% do total esperado. Dessas gestantes cerca de 30% foram diagnosticadas na maternidade, demonstrando oportunidade perdida de redução dessa transmissão durante a gestação. Os casos por transmissão vertical vêm caindo no Estado a partir de 2003, embora esteja longe da meta desejada (até 3 crianças infectadas ao ano). **Conclusão:** A redução da transmissão vertical pelo HIV é uma das prioridades básicas e factível em todo território nacional, contribuindo para redução da mortalidade materna e infantil, e por isso, sendo considerado um dos componentes para o cumprimento do Pacto Pela Saúde/Pacto Pela Vida, hoje considerada ação prioritária na Agenda Nacional de Estados e Municípios.

Palavras chaves: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Transmissão Vertical de Doença.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3 OBJETIVOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 RESULTADOS / DISCUSSÃO	18
6 CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	19
APÊNDICE	21

1 INTRODUÇÃO

A epidemia de AIDS, causada pela infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (o HIV), é um fenômeno global, altamente dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO, 2006, p. 1).

No Brasil, essa epidemia teve início em 1980 e sua propagação, revela uma epidemia de múltiplas dimensões que vem ao longo do tempo, sofrendo extensas transformações na sua evolução e distribuição social. De uma epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais – São Paulo e Rio de Janeiro - e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, depara-se, hoje, com um quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização (BRITO, 2006, p. 1).

O aumento da transmissão por contato heterossexual tem resultado em um crescimento substancial de casos em mulheres, sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia (BRITO, 2006, p. 1). Com o aumento do número de casos em mulheres, as crianças ficaram mais expostas à infecção pelo HIV. No Brasil, cerca de 84,5% da casos de AIDS em menores de 13 anos ocorre através da transmissão vertical, ou seja da mãe para o filho durante a gravidez, parto ou aleitamento materno ou aleitamento cruzado (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/AIDS, 2008a) Em Pernambuco podemos observar que apesar do aumento de casos da aids em mulheres a transmissão vertical vem caindo a partir de 2003 (Gráfico 1).

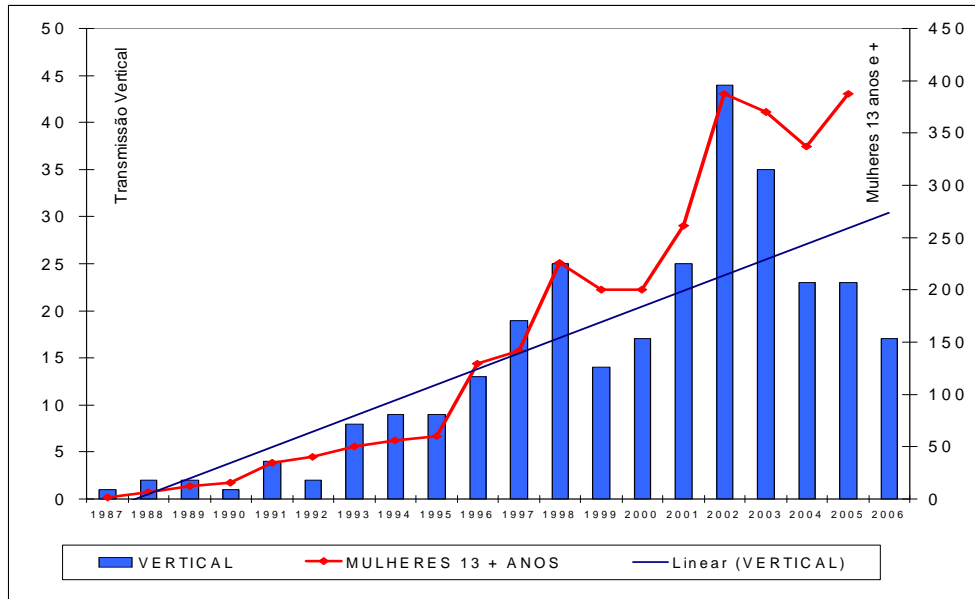


Gráfico 1 – Casos de AIDS em mulheres com 13 anos e mais e crianças por transmissão vertical, 1983-2006.

Fonte: Boletim Informativo DST/AIDS (2007).

Tomando por base dados do IBGE (2006 apud BRASIL, 2006) a população de gestantes/parturientes em Pernambuco foi de aproximadamente 156.053/ano, e destas 95% realizaram pré-natal. Segundo o estudo de prevalência de HIV em parturientes do Ministério da Saúde (MS) (Estudo Sentinela- Parturientes do ano 2004) a estimativa de infecção pelo HIV para a região Nordeste foi de 0,225%, o que equivale a dizer que para o ano de 2006 estimou-se 351 gestantes/parturientes infectadas pelo HIV (BRASIL, 2006, p. 9).

Segundo os resultados do protocolo ACTG 076 (PACTG 076), sem intervenção (uso de terapia antiretroviral na gestação, uso de profilaxia com AZT na parturiente e no recém nascido, via de parto de acordo com a carga viral materna e não amamentação) a taxa de transmissão vertical esperada seria de 25,5%, estimando-se daí 89,54 crianças HIV-positivas no ano de 2006 em Pernambuco. Se medicadas conforme as recomendações do PACTG 076 (uso de AZT na gestante a partir da 14^a semana, profilaxia com AZT na parturiente, AZT no recém-nascido por 42 dias e não amamentação), a taxa de transmissão vertical ficaria em torno de 8,3%, ou seja, 29,14 (68% de infecções evitadas) crianças com HIV nesse ano (BRASIL, 2006, p. 76).

Com uso de terapia anti-retroviral combinada (TARV) durante a gestação, indicação da via de parto segundo as recomendações do MS (carga viral maior ou igual a 1000

cópias/ml indica operação cesariana eletiva), e as outras medidas de intervenção citadas no parágrafo anterior, a taxa de transmissão vertical pode chegar a menos de 1% (96% de infecções evitadas), o que em outras palavras significa 0,99% de infecções, ou seja, 3,48 crianças infectadas pelo HIV no referido ano.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores: os fatores virais, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo viral; fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST e outras co-infecções, o estado nutricional da mulher, e o tempo de uso de anti-retrovirais na gestação; fatores comportamentais, como o uso de drogas e prática sexual desprotegida; fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto; fatores inerentes ao recém-nascido, tais como prematuridade e baixo peso ao nascer; e fatores relacionados ao aleitamento materno (BRASIL, 2006, p. 10).

O Protocolo nº 76 do *Pediatrics Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076), realizado no ano de 1994 marca as medidas de intervenção para redução da transmissão vertical do HIV. Depois desse estudo, vários outros confirmaram a eficácia da zidovudina (o AZT) na redução da transmissão vertical, inclusive quando a intervenção com esse anti-retroviral é realizada tardiamente na gestação e até mesmo quando administrada apenas para o recém-nascido após o seu nascimento (BRASIL, 2006, p. 9). Segundo esse documento do MS, a diminuição da Transmissão Vertical do HIV com o uso de zidovudina é independente do nível de carga viral; estudos analisando o PACTG 076 mostraram redução mesmo quando a carga viral era menor de 1.000 cópias/ml.

E o uso de TARV combinada, em virtude de promover maior redução na carga viral materna, é mais efetivo na prevenção dessa transmissão (BULTERYS; LEPAGE, 1998 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 11).

O estado clínico e imunológico da infecção pelo HIV se reflete nos níveis de carga viral e no número de linfócitos T-CD4+. A queda da imunidade materna (queda no número de linfócitos T-CD4+) é diretamente proporcional ao aumento da carga viral circulante e, conseqüentemente, ao aumento de transmissão materno-infantil do HIV (PITT et al., 1997; ST LOUIS et al., 1993 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 11). Foi demonstrado que níveis maternos de linfócitos T-CD4+ menores que $700/\text{mm}^3$, aumentam o risco dessa transmissão (EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1992 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 11). Outro estudo demonstrou que, com o decréscimo de linfócitos T-CD4+, a transmissão vertical

do HIV aumenta quase que linearmente (EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1996 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 12), demonstrando muitos outros estudos associação semelhante (LALLEMANT et al., 1994; PITT et al., 1997 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 11).

A carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV. A carga viral nas secreções cérvico-vaginais e no leite materno tem-se mostrado um importante determinante de risco de transmissão intraparto e pela amamentação. Bolsa rota por mais de quatro horas aumenta a taxa de transmissão vertical progressivamente: cerca de 2% a cada hora, até 24 horas (BRASIL, 2006, p. 11).

A associação entre carga viral materna e risco de transmissão materno-infantil do HIV foi demonstrada por vários autores. A viremia materna encontra-se mais elevada na doença materna avançada e no período entre a aquisição da infecção e a soroconversão (EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1992; MAYAUX et al., 1995 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 10).

Outros estudos demonstraram que mais da metade das mulheres com carga viral >50.000 cópias de RNA viral/ml, no momento do parto, transmitem o vírus para seus filhos. Que mulheres com maiores chances de transmissão apresentam em média carga viral de 16.000 cópias de RNA viral/ml, e que as com menores chances de transmissão apresentam em média carga viral de 6.600 cópias de RNA viral/ml (FANG et al., 1995; THE NY COLLABORATIVE GROUP, 1997 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 10).

Outros estudos demonstraram que, após controlar pelos valores de contagem dos linfócitos T-CD4+, as mulheres com carga viral mensurável foram quase seis vezes mais transmissoras que aquelas com carga viral indetectável (THE NY COLLABORATIVE GROUP, 1997 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 10).

Sendo o momento do parto a ocasião de maior exposição da criança ao sangue e secreções infectados de sua mãe, vários fatores obstétricos foram identificados como importantes para essa transmissão. Dentre eles: hemorragia intraparto; procedimentos obstétricos invasivos e parto prematuro (MANDELBROT et al., 1996 *apud*

VASCONCELOS, 2005, p. 10). Vários estudos demonstraram que crianças prematuras têm mais chances de se infectarem que as de termo (DATTA et al., 1994; EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1996; TOVO et al., 1996; NEWELL, 1997 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 12).

O hábito de fumar e o uso de drogas, embora sejam fatores que de forma independente se associam com o aumento da transmissão vertical do HIV, também colaboram com esse resultado por favorecer rupturas na placenta (MOFENSON, 1997 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 12).

A cirurgia cesariana eletiva (CCE) foi demonstrada como fator de proteção dessa transmissão (DUNN et al., 1994; EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 1994, 1996; KUHN et al., 1996; PECKHAM, 1997; READ, 1998; THE EUROPEAN MODE OF DELIVERY COLLABORATION, 1999 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 12).

São ainda apontados como importantes fatores de risco para a transmissão vertical do HIV: co-infecções por outros patógenos, tais como a sífilis; nutrição fetal deficiente (refletida no baixo peso ao nascer); estado imunológico fetal deficiente, presente nas condições mencionadas e na prematuridade (STEIHM, 1996 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 13).

A amamentação promove um risco adicional de transmissão vertical do HIV, totalmente factível de eliminação, que situa-se entre 7% e 22%, o que, em outras palavras, equivale a dobrar o coeficiente dessa transmissão (DUNN et al., 1992 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 13). O risco de transmissão vertical pela amamentação é ainda maior (estimado em torno dos 30%) quando a mãe soroconverte durante a amamentação (DUNN et al., 1992; VAN DE PERRE et al., 1991 *apud* VASCONCELOS, 2005, p. 13).

Em conclusão, são aceitas pela comunidade científica mundial como verdadeiras contribuintes para a redução da transmissão vertical do HIV, as medidas de intervenção capazes de: (a) reduzir a carga viral materna (uso de anti-retrovirais durante a gestação); (b) proporcionar profilaxia pós-exposição ao RN (uso do AZT intravenoso durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito, e do AZT em solução oral pelos recém-nascidos); (c) propiciar a realização rápida do parto (cirurgia cesariana eletiva); e (d) a não-amamentação.

3 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- a) Descrever, com base na literatura científica, os fatores de risco para a transmissão vertical do HIV e as medidas de intervenção preconizadas para a redução dessa infecção;
- b) Verificar, e descrever, as estratégias propostas para redução da transmissão vertical do HIV no Brasil, e no estado de Pernambuco;
- c) Identificar a importância da implantação e implementação dessas estratégias para a diminuição da transmissão vertical do HIV e controle da doença materna.

4 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos: descrever os fatores de risco, as medidas de intervenção e analisar a transmissão vertical da infecção pelo HIV no Brasil e em Pernambuco, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e, uma análise descritiva das informações obtidas. Pesquisa bibliográfica segundo Gil (1983) é a pesquisa desenvolvida a partir de material já elaborado, ou seja, tornado público em relação ao tema de estudo, constituindo, principalmente, informações de livros, artigos científicos em revistas e sites científicos, entre outros. E a análise descritiva, segundo o mesmo autor, tem por objetivo a descrição das características de um determinado tema, população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento entre as variáveis.

Os dados foram coletados através de busca da literatura sobre a epidemia de HIV/aids com ênfase na transmissão vertical do HIV, no Site do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, bibliotecas eletrônicas, artigos científicos, tese, normas e manuais técnicos. A discussão foi baseada em dados obtidos na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/Programa de DST/aids e na literatura científica citada acima.

5 RESULTADOS / DISCUSSÃO

No final da década de 80, a frequência de casos de AIDS em mulheres cresceu consideravelmente quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão. A razão de sexo entre indivíduos com AIDS passou de 28 homens para 01 mulher em 1985, e 02 homens para 01 mulher em 2000. As faixas etárias que concentram os maiores percentuais de casos de AIDS em mulheres são de 25 a 34 anos, ou seja, em plena idade reprodutiva (BRASIL, 2003, p. 11). Podemos observar no gráfico 2 a evolução da categoria de exposição heterossexual a cada cinco anos da epidemia em Pernambuco, que passa de 8% no período de 1983 a 1988 para 68% no período de 2001 a 2007.

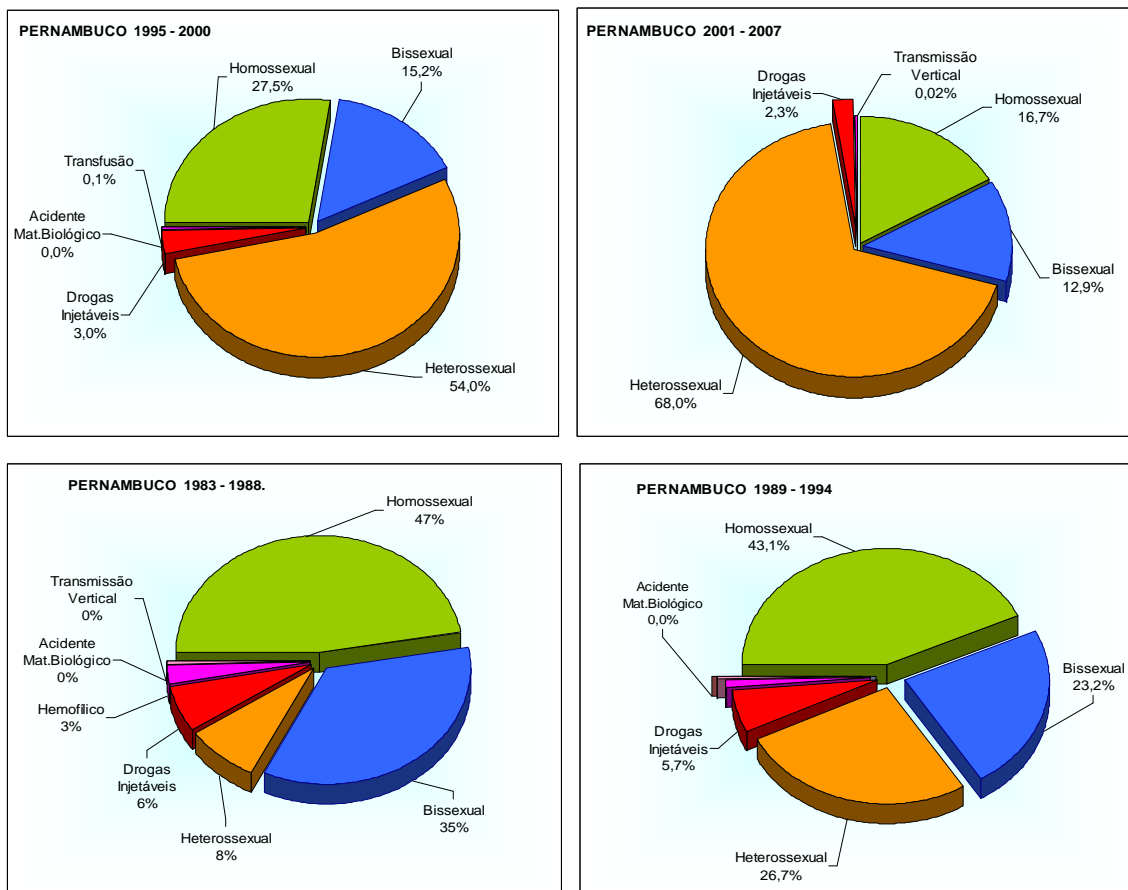


Gráfico 2 - Distribuição proporcional dos casos de AIDS em pessoas com 13 e mais anos, segundo categoria de exposição e período. Pernambuco, 1983-2007.

Fonte: Boletim Informativo DST/AIDS (2007).

No Brasil o primeiro caso por transmissão vertical da doença foi notificado em 1985, mas a partir de 1987 essa categoria passou a responder por cada vez mais casos em crianças (AZEVEDO, 2001, p. 49).

Em Pernambuco a epidemia da AIDS iniciou-se em 1983, apresentando desde então, tendência de crescimento demonstrada nas taxas de incidência. Nos anos de 1983 a 1986, essas taxas eram inferiores a 0,25 casos para cada 100.000 habitantes; em 2005, observou-se 11,9 casos/100.000 habitantes. Atualmente, o estado tem 11.246 casos de AIDS notificados até 31/11/2007. Dentre as tendências observadas nos últimos anos, destaca-se a interiorização crescente da epidemia. Apesar de Recife e sua Região Metropolitana ainda concentrarem cerca de 78,9% dos casos de AIDS, a epidemia avança sensivelmente pelo interior. Hoje, dos 185 municípios de Pernambuco, 169 (91,4%) já tem pelo menos um caso registrado (BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS, 2007, p. 7).

Observando-se o número de casos de AIDS acumulados até 2004, verifica-se que cinco municípios são os que concentram o maior número: Recife (3.910 casos/ 21,9 por 100.000 hab); Jaboatão dos Guararapes (935 casos / 15,6 por 100.000 hab); Olinda (765 casos / 17,4 por 100.000 hab); Paulista (440 casos/15,8 por 100.000 hab) e Caruaru (340 casos/ 15,1 por 100.000 hab) (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2008b).

Desde 2000, a notificação da gestante HIV-positivo e crianças expostas tornaram-se compulsória em todo o país. Desde então, apenas 80 municípios pernambucanos notificaram casos até o ano de 2006 (BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS, 2007, p. 1).

O Estado do Pernambuco notificou ao MS, de 2000 a 2004, um total de 710 gestantes com HIV/crianças expostas (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2008b). Tomando-se por base o Estudo Sentinela-Parturientes do ano 2004 o total de gestantes/parturientes e crianças expostas para o período, em Pernambuco, seria de 1.304. Ou seja, foram notificadas a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, e conseqüentemente ao MS apenas 54% do esperado. Dessas gestantes notificadas, 69% tiveram status sorológico definido antes ou durante o pré-natal (BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS, 2007, p. 1), o que em outras palavras, 30% dos casos deixaram de ter acesso às medidas protetoras disponibilizadas, em todo o território nacional, e totalmente com recursos da União. Para essas mulheres e crianças, a oportunidade do parto se constitui, momento oportuno, visto que

a transmissão desse vírus durante o parto é expressiva (65% dos casos) e, impede-se a partir desse diagnóstico o risco adicional pela amamentação (transmissão pós-parto).

O Projeto Nascer-Maternidades instituído pelo MS em 2002, veio para minimizar esse grande problema de saúde pública, permitindo, a partir do diagnóstico de HIV em parturientes – por meio de testes-rápidos anti-HIV – a instituição das intervenções protetoras na parturiente (uso do AZT intravenoso e a operação cesariana eletiva, quando a parturiente encontra-se com as membranas íntegras e dilatação cervical entre 3 a 4 cm), e no recém-nascido (instituição do AZT solução oral e não amamentação), reduzindo conforme os resultados do PACTG 076, 68% das infecções intra-parto.

Pernambuco já implantou o Projeto Nascer-Maternidades em 44 maternidades (Figura 1), equivalendo, hoje, a uma cobertura de 55,7% dos nascidos vivos do Estado; e uma cobertura, em municípios com mais de 50.000 habitantes, de 68,8% (BOLETIM INFORMÁTIVO DST/AIDS, 2007, p. 1). Segundo essa instituição, todas as Diretorias Regionais de Saúde (GERES) possuem maternidades com o Projeto Nascer-Maternidades; e a meta é implantar esse projeto, até 2010, em todos os municípios do estado com mais de 50.000 habitantes. Outra meta do Estado, é implementar a testagem em gestantes no início de seu pré-natal.

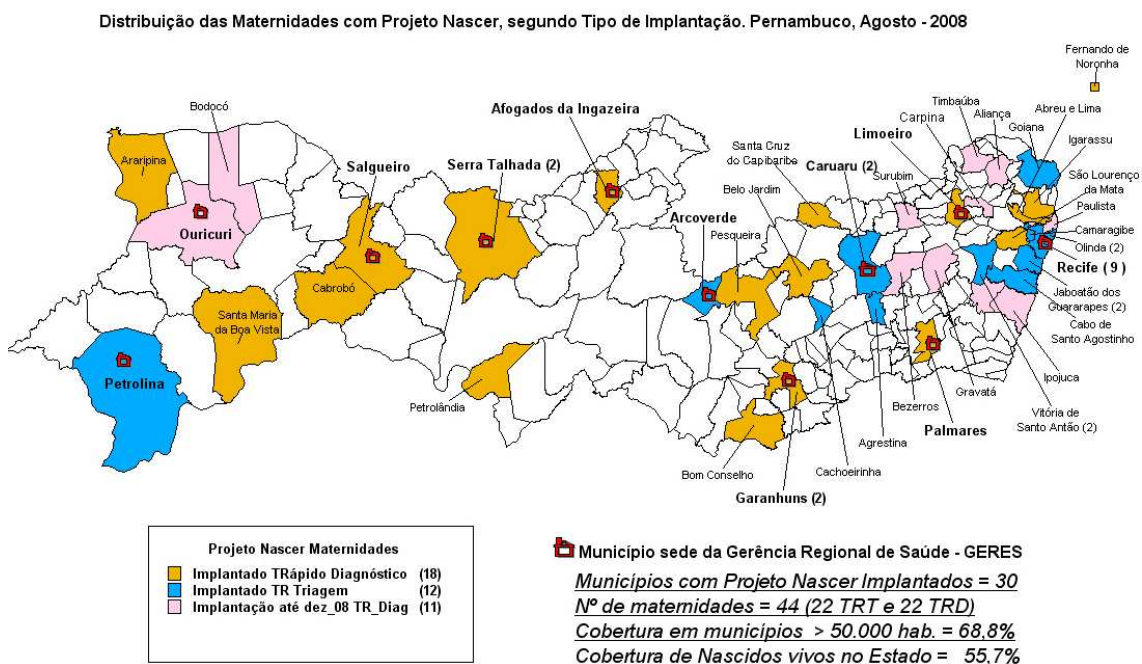


Figura 1 - Distribuição dos municípios em Maternidades com projeto Nascer.
 Fonte: Boletim informativo DST/AIDS (2007).

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, de 2002 a 2007 foram notificados 182 casos de AIDS em crianças, por transmissão vertical (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de casos de aids em menores de 13 anos, por transmissão vertical no estado de Pernambuco, de 2002 a 2007.

Ano do Diagnóstico	Nº
2002	52
2003	46
2004	24
2005	29
2006	22
2007	9
Total	182

Como pode ser observado, o total de casos vem reduzindo ao longo dos anos, embora permaneça muito além do desejável (o máximo de 3 a 4 crianças infectadas ao ano, se todas as intervenções protetoras forem instituídas).

6 CONCLUSÃO

O Ministério da Saúde, os Estados e Municípios vem implementando ações para o controle da transmissão vertical do HIV como atividades prioritárias; a principal característica, no entanto, reside no fato de serem passíveis de controle, desde que haja uma atuação adequada na assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2002, p. 2). O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em fevereiro de 2006, fortalece a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo e, segundo o Pacto, cabe aos estados e municípios o desenvolvimento das metas de acordo com a realidade local, de maneira que as prioridades estaduais e municipais também possam ser agregadas à agenda nacional. Um dos três eixos do Pacto pela saúde é o Pacto Pela Vida, em que a *redução da mortalidade materna e infantil* é uma das prioridades básicas. E, a redução de taxas de transmissão vertical do HIV é um dos componentes para a execução desta prioridade (BRASIL, 2007, p. 11-12).

Para isso, as seguintes diretrizes devem ser observadas: (i) oferecer o testes anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes nos serviços de pré-natal, devendo a testagem ser sempre voluntária e confidencial; (ii) oferecer o teste rápido anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as parturientes não aconselhadas e testadas durante o pré-natal; ou sem pré-natal; devendo a testagem ser igualmente voluntária e confidencial; (iii) ministrar na gestante portadora de HIV, a terapia anti-retroviral segundo as recomendações do MS, no documento de consenso “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral”, do ano em vigência; (iv) recomendação da via de parto segundo o documento de consenso anteriormente mencionado; (v) instituição da zidovudina injetável nas parturientes, durante o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical; (vi) administração da zidovudina, solução oral, no recém-nascido por 42 dias e não amamentação (BRASIL, 2003, p. 13).

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, K. M. L. Transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana-como reduzir o risco. **DST - Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 49-53, 2001.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/AIDS. Brasília, DF: Programa Nacional DST e AIDS, ano 4, n. 1, jan./jun. 2008a.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/AIDS. Brasília, DF: Programa Nacional DST e AIDS, ano 5, n. 1, jul./dez. 2008b.

BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS. Recife: Programa Estadual DST/AIDS, ano 7, n. 1, dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer: maternidades**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do hiv e terapia anti- retroviral**. Brasília, DF, 2007. (Coleção DST/AIDS - Séries Manuais, n. 46).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, DF, 2006.

BRITO, A. M. A evolução e distribuição social da doença no Brasil. **Com ciência**: revista eletrônica de jornalismo científico, Campinas, SP, n. 76, 2006. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=13&id=116>>. Acesso em: 15 set. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (Brasil). **Algumas informações sobre aids, sífilis congênita e gestante HIV+ no Estado do Pernambuco, 1980-2004**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/portalaids_services/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BA2ED535E-D807-4535-9B40-761354E207D8%7D/26%20Pernambuco.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2008.

VASCONCELOS, A. L. R. A epidemiologia na avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes portadoras do HIV e seus recém-nascidos. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2005.

APÊNDICE A – Pôster apresentado ao Curso de Especialização em
Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde