

Transmissão materno-infantil do HIV em São José do Rio Preto em 2001 e 2002.

Mother-to-child transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in São José do Rio Preto.

Paulo R.S. David¹; Maria L.M. Salomão²

¹Acadêmico do 3º ano de Medicina*; ²Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva*, Mestre e Doutoranda em Medicina Preventiva - USP/SP

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Resumo **Objetivos:** Identificar crianças infectadas por meio da transmissão materno-infantil (TMI) do HIV no município de São José do Rio Preto. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo quantitativo do tipo relato de uma série de casos por meio de coleta de dados secundários. Os dados foram coletados a partir das fichas de notificação de “Gestante HIV positivo e Crianças Expostas ao HIV” do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, no período de 2001 a 2002, no município de São José do Rio Preto-SP. Essas fichas foram disponibilizadas pelo Programa Municipal de DST/AIDS e eram relativas às gestantes HIV soropositivas que fizeram acompanhamento pré-natal no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Análise Estatística** - Na análise dos dados foram utilizados os valores absolutos e expressos também em porcentagens e por intervalo de confiança calculado pelo método exato. **Considerações éticas** - O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. **Resultados:** A ocorrência da TMI do HIV foi investigada em 26 crianças nascidas de gestantes HIV soropositivas no período; a transmissão ocorreu em 03 casos e o risco de transmissão foi de 0,115 (IC 95% 0,024 - 0,302). A média de idade das mães foi de 28 anos variando de 20 a 39 anos, desvio padrão 5,45 e mediana 27,5. A maioria era branca, 73%, sendo 15% negras e não informado 12%. Grande parte tinha escolaridade inferior ao ensino Fundamental Completo (34%). Nos 3 casos nos quais a profilaxia com antirretroviral não foi realizada (nem nas mães e nem nas crianças), as mães tiveram a evidência laboratorial do HIV após o parto e realizaram amamentação, nestes, todas crianças ficaram infectadas. Em relação a esses casos, quanto ao tipo de parto, observou-se que 2 foram vaginais e 1 foi cesáreo. **Conclusão:** O estudo possibilitou concluir pela importância das medidas de prevenção e pela necessidade de estimular as ações que visem a detecção precoce de gestantes infectadas pelo HIV e sua captação o mais cedo possível para início do pré-natal e início das intervenções disponíveis.

Palavras-chave Saúde Materno-Infantil; Transmissão Vertical de Doença; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Fatores de Risco.

Abstract **Objectives:** To identify infected children by mother-to-infant transmission (MTCT) of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in the city of São José do Rio Preto. **Methods:** A quantitative, descriptive study – case report – was carried out in a series of cases through a secondary data collection. The data were collected from the notification cards of “HIV positive pregnant women and exposed children from the Notifiable Disease Information System – SINAN – from 2001 to 2002 in the city of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. These cards were available through the Municipal DST/AIDS Programme and were related to HIV positive pregnant women who had prenatal follow-up at a teaching hospital – Hospital de Base – in São José do Rio Preto. **Statistics Analysis** – In the analysis of data absolute values expressed in percentages and by confidence intervals calculated by an accurate method were used. **Ethical considerations** – This study was approved by the local Institutional Review Board. **Results:** The occurrence of mother-to-child transmission of HIV was investigated in 26 children born from HIV+ pregnant women. The transmission occurred in 03 cases and the risk of transmission was 0.115 (IC 95% 0.024 – 0.302). The mothers’ average age was 28 years ranging from 20 to 39 years, margin of error of 5.45 and an median of 27.5. The majority of women was white 73%, black 15% and not informed 12%. Most of them (34%) did not complete Elementary School. In the 3 cases, in which the prophylaxis with antirretroviral was not performed (neither for mothers nor for children), the mothers presented HIV laboratorial evidence after delivery. The babies were breast-fed, and as a consequence, all of them get infected. In relation to these cases, as for the type of delivery, it was observed that 2 were vaginal and 1 Caesarean. **Conclusion:** It was possible to bring to a conclusion about the importance of prevention measures

and the necessity to stimulate actions that aim at early identification of HIV infected pregnant women and their early participation in prenatal procedures for the beginning of the proper available interventions.

Keywords Maternal and Child Health; Vertical Disease Transmission; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Risk Factors.

Introdução

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana (AIDS), tanto pelo seu crescimento como pela sua mortalidade, é um dos principais problemas de saúde pública na atualidade. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a epidemia evoluiu com uma incidência de 20.000 novos casos por ano e com 10.000 óbitos anuais. A sobrevivência dos pacientes é de 58 meses, sendo a segunda causa de morte entre homens jovens e quarta causa entre as mulheres.¹

No início da epidemia, observava-se a maioria de casos de AIDS em homens, com predomínio da via de transmissão sexual e em especial relacionado à homossexualidade. Os primeiros casos encontravam-se em grandes centros urbanos, acometendo tanto indivíduos com escolaridade alta quanto baixa. Atualmente, observa-se que a tendência da epidemia no Brasil caracteriza-se pela heterossexualização, feminilização, interiorização e pauperização, demonstrando a crescente infecção em pessoas jovens e do sexo feminino em idade produtiva e reprodutiva.²

Como resultado da expansão da epidemia na população heterossexual, as mulheres têm sido acentuadamente afetadas, acarretando, por sua vez, o aumento dos casos de crianças infectadas por transmissão materno-infantil (TMI).³

Cerca de 80% das mulheres infectadas pelo HIV se encontram em idade reprodutiva, ou seja, dos 13 aos 39 anos, o que refletirá num aumento dos casos de transmissão perinatal.⁴

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer no período intra-útero, intraparto e pós-parto por meio do aleitamento materno.² A maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e durante o parto (60%-65%) e o restante da transmissão (35%-40%) no período intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação.⁵ O atendimento adequado de mulheres jovens infectadas, considerando a sua sexualidade e o desejo de engravidar, e o acompanhamento da gravidez destas pacientes é imprescindível.⁶ Ao identificarem-se no pré-natal de rotina as grávidas infectadas pelo HIV pela detecção de seus anticorpos, pode-se tratá-las convenientemente, sendo uma oportunidade para a identificação diagnóstica, para o estabelecimento de profilaxia e para o aumento das informações e apoio às mulheres portadoras do HIV.⁷

O protocolo 076 do *AIDS Clinical Trial Group*, estudo clínico publicado em 1994, demonstrou que a administração da Zidovudina para a mulher infectada durante a gestação, durante o parto e para o recém-nascido nas primeiras semanas de vida reduzia a transmissão materno-infantil do HIV em 67,5%.⁸ O protocolo ACTG 076 (*AIDS Clinical Trial Group*) recomenda o uso do AZT durante a gestação iniciando na 14ª semana, o uso do AZT injetável no momento do parto e o uso do AZT xarope pelo recém-nascido por 6 semanas.⁹

A partir de 1994, com a publicação dos resultados do protocolo *AIDS Clinical Trial Group* (ACTG 076), surgiu a possibilidade de se estruturar uma intervenção eficaz e específica

para a redução da transmissão vertical do HIV, com recomendações para o uso do AZT no binômio mãe e filho. Embora haja no Brasil disponibilidade de testes e de medicação profilática, as crianças continuam a ser infectadas. Isso se deve ao fato de que muitas mulheres chegam às maternidades sem terem frequentado o pré-natal.¹⁰

Com a passagem transplacentária de anticorpos maternos anti-HIV, há certa dificuldade em realizar o diagnóstico, uma vez que os métodos ELISA, WESTERN BLOT e Imunofluorescência Indireta identificam a presença de anticorpos contra o HIV materno e, geralmente a partir dos nove meses de idade, a criança pode não responder mais com os anticorpos maternos, podendo a partir desse momento, realizar a definição do diagnóstico. Ocorre que, em alguns casos, pode haver persistência destes anticorpos até 15 ou 18 meses. Portanto, esses fatores, dificultam o diagnóstico precoce do HIV em crianças. A partir de 2000, segundo o fluxograma recomendado pelo Ministério da Saúde, utiliza-se a carga viral PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) como método específico para a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças expostas perinatalmente.¹¹

Objetivos

O objetivo deste estudo foi identificar os filhos de gestantes soropositivas para HIV, nascidos entre 2001 e 2002, que foram infectados pelo HIV ao fim do seguimento. Como estratégia, optou-se pela análise do uso das medidas profiláticas que podem diminuir a chance da TMI do HIV.

Material e métodos

A pesquisa realizada foi um estudo descritivo quantitativo do tipo "relato de uma série de casos" por meio de coleta de dados secundários.

População de estudo: Foram utilizadas as fichas de notificação de "Gestante HIV positivo e Crianças Expostas ao HIV" do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, no período de 2001 a 2002, no município de São José do Rio Preto-SP. Essas fichas foram disponibilizadas pelo Programa Municipal de DST/AIDS e eram relativas às gestantes HIV soropositivas que fizeram seu acompanhamento pré-natal no Hospital de Base de São José do Rio Preto. O Hospital de Base é um complexo médico-assistencial e hospitalar que presta atendimento à população de uma região com 99 municípios estimada em 1,5 milhões de habitantes. Realiza em média 2.700 internações mensais e faz 1.600 cirurgias por mês, sendo algumas de alta complexidade. É o único hospital de referência no tratamento de AIDS na região de Rio Preto. São José do Rio Preto está localizada no Noroeste paulista, distando 452 km de São Paulo e 600 km de Brasília. A população está estimada em 343 mil habitantes, sendo 176 mil mulheres e 167 mil homens.

Foram consideradas elegíveis as mulheres com diagnóstico de AIDS ou soropositivas para o HIV que deram a luz a be-

bês vivos. Foram incluídas mulheres com diagnóstico de AIDS ou sorologia anti-HIV positiva confirmados antes da gravidez, no pré-natal ou na maternidade. Nessa ficha consta se ao final de 2 anos a criança foi ou não infectada pelo HIV.

Coleta de dados: As informações foram obtidas por meio de consulta às fichas de notificação de "Gestante HIV positivo e Crianças Expostas ao HIV" das gestantes no Programa Municipal de DST/AIDS. Registraram-se as informações relativas aos fatores de interesse em uma ficha elaborada especificamente para o estudo. As informações registradas incluem:

- Idade, cor e grau de instrução das mães;
- Realização ou não de pré-natal;
- Diagnóstico de HIV antes, durante ou após pré-natal;
- Uso de antirretrovirais;
- Data do parto;
- Categoria de exposição materna ao HIV;
- Tipo de parto: vaginal ou cesárea;
- Uso ou não de antirretroviral durante o parto;
- Início de uso de xarope de AZT nas primeiras 24 horas de vida do bebê;
- Realização ou não de aleitamento materno;
- Tempo de uso de AZT xarope no bebê;
- Carga viral aos 24 meses no bebê; e
- Se o bebê está ou não infectado aos 24 meses de vida.

No levantamento foi excluído um caso notificado, cuja informação sobre o parto resultou na ocorrência de natimorto com *causa mortis* não relacionada à AIDS.

Foram incluídos no estudo os 26 casos de gestantes HIV notificados em 2001 e 2002.

Esta pesquisa não abrangeu todos os possíveis fatores relacionados à transmissão materno-infantil, e o instrumento utilizado, a ficha de notificação de gestante HIV soropositiva e criança exposta ao HIV, contemplam as variáveis analisadas neste estudo, conforme descrição anterior.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Análise Estatística. Na análise dos dados foram utilizados os valores absolutos e expressos também em porcentagens e por intervalo de confiança calculado pelo método exato.

Resultados

Entre 2001 e 2002 foram identificadas 26 gestações de mulheres infectadas por HIV que resultaram no nascimento de 26 filhos vivos. Das 26 fichas selecionadas, 20 foram nascimentos ocorridos em 2001 e o restante em 2002. A ocorrência ou não da transmissão do HIV foi estabelecida nos 26 casos. Os resultados apresentados a seguir são referentes às 26 mulheres/crianças em que foi possível confirmar ou afastar a ocorrência de transmissão materno-infantil. Três crianças foram classificadas como infectadas; o risco de transmissão foi, portanto, de 0,115 (IC 95% 0,024 - 0,302). A média de idade das mães foi de 28 anos variando de 20 a 39 anos, desvio padrão 5,45 e mediana 27,5. A maioria era branca (73%), sendo 15% negras e não informado 12%. Grande parte tinha escolaridade inferior ao ensino Fundamental Completo (34%). Tabela 1

Tabela 1

Escolaridade materna		
	Número	%
Nenhuma	1	3,85
1 a 3 anos	5	19,23
4 a 7 anos	9	34,62
8 a 11 anos	4	15,38
Mais de 12 anos	1	3,85
Ignorado	6	23,08
Total	26	100

Entre essas mulheres, 19 (73,07%) relataram terem sido infectadas pelo HIV por meio de **exposição sexual**; 2 (7,69%) informaram serem usuárias de drogas injetáveis (UDI) com exposição sexual associada, 4 (15,38%) tiveram exposição sexual e parceiro portador de AIDS e 1 (3,85%) informou múltiplos parceiros aliados a parceiros UDI.

Com relação ao momento do diagnóstico da sorologia para HIV 13 (50%) **já sabiam ser portadoras** de AIDS antes da realização da sorologia no pré-natal, 10 (38,46%) receberam este diagnóstico durante o pré-natal e 3 (11,54%) apenas após o parto. Tabela 2

Dentre essas mulheres, 22 (84,61%) **realizaram o pré-natal**, 3 (11,53%) não fizeram e 1 (3,85%) consta a realização como ignorada.

Tabela 2

Diagnóstico para HIV		
	Número	%
Ciência antes Pré-Natal	13	50,00
Ciência durante Pré-Natal	10	38,46
Ciência pós-parto	3	11,54
Total	26	100

Das 26 fichas analisadas, 23 mães e seus filhos receberam profilaxia com antirretrovirais, o parto foi cesáreo, não houve amamentação e nenhuma destas crianças foi infectada.

Nos 3 casos nos quais a profilaxia com antirretroviral não foi realizada (nem nas mães e nem nas crianças) as mães tiveram a evidência laboratorial do HIV após o parto e realizaram amamentação; nestes, todas crianças foram infectadas. Em relação a esses partos, 2 foram vaginais e 1 foi cesáreo. A tabela 3 mostra mais detalhes sobre esses três casos que, doravante, serão designados casos A, B e C.

Em 13 casos as mães tiveram a evidência laboratorial do HIV antes do pré-natal, as gestantes e as crianças receberam profilaxia e nenhuma criança ficou infectada.

Quanto aos 10 casos nos quais as mães tiveram a evidência laboratorial do HIV durante o pré-natal, a profilaxia foi realizada nas mães e nas crianças e a taxa de transmissão foi nula.

Nos 2 casos cujas crianças expostas nasceram de parto vaginal, nenhuma mãe e nenhuma criança usou profilaxia e as crianças foram infectadas.

Discussão

Podem ser destacadas algumas das limitações do presente estudo: a origem geográfica da clientela (apenas uma cidade do Estado de São Paulo), o local de atendimento das mulheres (todas oriundas de centros de referência para DST/AIDS) e a análise de

um período restrito aos anos de 2001 e 2002. Como o estudo foi realizado em local onde a prevalência da infecção pelo HIV é elevada e com mulheres atendidas em centros de referência, também nesses estariam concentrados, de modo significativo, os recursos favorecedores de uma atenção mais adequada no que diz respeito à educação, ao treinamento e à sensibilização dos profissionais de saúde.⁷

Os resultados desta investigação nos mostram que, num grupo de 26 gestantes HIV soropositivas, 3 encerraram o seu acompanhamento com seu filho infectado. O risco de transmissão materno-infantil do HIV foi igual a 11,5% (IC 95% 0,024 – 0,302), valor este que não difere estatisticamente do risco encontrado em estudo de coorte realizado no Brasil em quatro cidades do Estado de São Paulo, incluindo a cidade de Santos, 16% (IC 95% 0,13-0,20).⁵ Nos últimos anos, na maioria dos países desenvolvidos foram encontrados riscos entre 0,04 a 0,1313.⁵ Portanto, o resultado obtido neste trabalho (11,5%) não difere daqueles observados em países desenvolvidos. As medidas de prevenção recomendadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS⁸ pela sua eficácia comprovada são: o uso de AZT oral, injetável e xarope, e a realização de cesariana eletiva e a não amamentação dessas crianças. Estudos realizados na Europa e nos EUA confirmaram o benefício do uso do AZT na redução da transmissão materno-infantil do HIV, até mesmo quando a ação preventiva foi realizada mais tardiamente: final da gravidez ou no parto e quando realizada após o parto, para o recém-nascido, nas primeiras 48 horas de vida.⁵

No caso A o parto foi vaginal, a mãe não fez pré-natal, era moradora na zona rural de São José do Rio Preto, e tinha parceiro HIV+. Assim, além do diagnóstico do HIV após o parto, ela ainda amamentou e não realizou a profilaxia na criança.

O Caso B também relata parto normal e apresenta falhas no preenchimento da ficha de investigação. A paciente era moradora da região periférica de São José do Rio Preto, realizou o acompanhamento no Hospital de Base, mas o parto foi realizado em outra instituição hospitalar. Além disso, não há informação se o resultado de HIV foi durante ou após o parto e consta como ignorada a realização ou não de pré-natal. Essa paciente não usou antirretroviral durante a gestação e não houve profilaxia durante e após o parto.

A criança que nasceu de parto cesáreo (Caso C) e que foi infectada de acordo com a ficha de notificação, tem a mãe também residente em área urbana periférica de São José do Rio Preto, não fez pré-natal e teve o resultado de soropositividade para HIV após o parto. Dessa forma, essa mãe não fez uso de antirretroviral durante a gestação, a criança não usou antirretroviral nas primeiras 24 horas e nem o xarope nas 6 semanas seguintes. Consta ainda que a mãe tinha múltiplos parceiros sexuais e que mantinha relações sexuais com parceiro HIV soropositivo.

Nesses 3 casos, nos quais as mães não fizeram pré-natal, ficaram fora do contexto de atenção do SUS em relação à sua situação especial de gestante HIV soropositiva. Não foram oferecidos a elas os meios para se evitar a TMI do HIV. Casos assim indicam necessidade de se identificar o grau de conhecimento da população em relação à importância de se fazer o pré-natal e os potenciais benefícios que podem surgir devido à realização deste acompanhamento.

Nos três casos, todas as mães são brancas, tiveram exposição sexual com parceiro HIV soropositivo e, em dois casos, a escolaridade é ignorada (A e C); em um caso é de 1 a 3 anos de estudo (B), a média de idade delas é 22 anos. Em relação ao nível de

escolaridade baixo, isso pode sugerir que as pacientes não compreendam os riscos da transmissão materno-infantil. Esses resultados podem apontar a condição da mulher infectada pelo HIV atualmente: baixa/média escolaridade e pouca ou nenhuma percepção de risco da transmissão do HIV ou conhecimento dos métodos de prevenção a esta infecção. Em relação aos parceiros HIV soropositivos, estudo realizado em São Paulo também mostra que, em sua amostragem, a maior parte das mulheres estudadas teve exposição com parceiros HIV soropositivos.¹² Em relação à idade, a proteção quanto à transmissão vertical do HIV em mulheres mais jovens foi encontrada no *French Cohort Study*.⁵ Naquela investigação, o risco de infecção da criança aumentou com a idade materna (16% para mulheres com menos de 25 anos e 30% para as com mais de 35 anos). Em outro estudo observacional, no *Women and Infants Transmission Study*, foi encontrado na análise univariada um RR= 1,51 (IC 95% 1,07 - 2,13, $p=0,02$), para idade da gestante acima de 30 anos.⁵ No *European Collaborative Study*, a idade materna e raça não foram associados significativamente ao risco de transmissão. No estudo de coorte realizado no Estado de São Paulo, os autores não encontraram associação significativa entre a idade materna e o risco de infecção, porém, as mulheres negras foram significativamente menos capazes de transmitir o HIV, comparadas às mulheres brancas (OR= 0,3; IC 95% 0,1 - 0,9, $p=0,04$).⁵ Neste presente estudo, a idade abaixo de 30 anos não mostrou associação com risco de TMI ($p=0,22$ teste exato de Fischer).

A realização de 24 (92,3%) cesarianas eletivas tendo como indicação a sorologia materna positiva para o HIV, pode ser justificada pelo fato de que a partir de março de 2001 foi adotado o protocolo específico para realização de cesárea eletiva nas gestantes HIV soropositivas, segundo normas da Coordenação Nacional de DST/AIDS.

Neste estudo o risco de transmissão vertical foi menor nas mulheres que haviam feito pré-natal (23; 88,46% realizaram o pré-natal) $p=0,0004$ teste exato de Fischer. Como esperado, a realização de pré-natal e a adoção das medidas de prevenção estiveram associadas, pois, nessa ocasião, a gestante soropositiva para o HIV tem informação e acesso às medidas preventivas contra a transmissão materno-infantil do vírus.

Do total das gestantes, 50% (IC 95% 29 – 70%) já conheciam sua condição de soropositividade antes de realizarem o pré-natal, semelhante aos dados encontrados em outros estudos nos quais aproximadamente 45% sabiam ser portadoras do vírus HIV ao engravidar.⁷ Esse resultado nos faz refletir sobre o que leva as mulheres a engravidarem mesmo sendo HIV soropositivas: as mulheres com desejo de terem filhos não levam em consideração o fato de serem HIV soropositivas?, ou o motivo seria falha no sistema de atendimento de planejamento familiar dessas mulheres?, ou se essas mulheres soropositivas estão mais confiantes em relação ao baixo risco de infecção pelo HIV na criança? Observa-se, neste estudo, que ter AIDS não parece ser um fator limitante para a mulher engravidar. Estudo realizado em São Paulo demonstrou que em sua amostra de mulheres HIV soropositivas, 20,9% pensavam em ter filhos; eram mulheres com menos de 30 anos de idade e que tinham um grande desejo de lutar pela vida. Entretanto, entre as mulheres que não pensavam em ter filhos (79,1%), aproximadamente metade relacionou motivos ligados ao medo da doença para elas ou para seus conceitos, e não à ausência da vontade de ter filhos. A infecção pelo HIV não modifica, substancialmente, o fato de querer ter filhos, embora teoricamente apareça, para muitas mulheres, como um motivo

para coibir a maternidade.¹² Se o desejo da mulher for não engravidar ela deve ser orientada sobre a eficácia e a consciência do uso dos diversos métodos anticoncepcionais antes de optar por um ou mais métodos. A mulher HIV soropositiva deverá ser informada, sobre os recursos da reprodução humana assistida e a possibilidade de fazer uso da mesma opção para concretização da maternidade, particularmente, no caso de casais sorodiscordantes.² Recomenda-se, portanto, a discussão com as mulheres jovens sobre suas expectativas com relação à sexualidade e reprodução.

Conclusão

Com o aumento da incidência da infecção pelo HIV na população feminina em idade fértil faz-se necessário que as recomendações adotadas para a redução das taxas de TMI do HIV sejam garantidas à toda população sob risco. Garantir às gestantes HIV soropositivas acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar é uma das metas do governo e que deve ser efetivamente colocada à disposição da população, a fim de se impedir a infecção de crianças filhas de mãe HIV soropositivas. O estudo permitiu concluir pela importância das medidas de prevenção e pela necessidade de estimular as ações que visem a detecção precoce de gestantes infectadas pelo HIV e sua captação o mais cedo possível para início do pré-natal e início das intervenções disponíveis. A vigilância desses casos, ou seja, a ampliação do oferecimento universal do teste anti-HIV no pré-natal e o aumento de cobertura de todas as ações que visem à prevenção da TMI do HIV irão reduzir ainda mais os riscos desta transmissão em nosso País.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília (DF); 2004.

2. Pimenta C, Souto K. Política e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

3. Souza Jr PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Jr A, Carvalho MF, Castilho EA. HIV infection during pregnancy: the sentinel surveillance project, Brazil, 2002. Rev Saúde Pública 2004;38(6):764-72.

4. Salomão MLM. Transmissão materno infantil do HIV: características do cuidado nos serviços de saúde e a vulnerabilidade das mulheres da região de São José do Rio Preto [dissertação]. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; 2002.

5. Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. Rev Assoc Med Bras 2005;51(1):54-60.

6. Oselka GW. Prevenção da transmissão vertical do HIV. Rev Assoc Med Bras 2001;47(4):284-5.

7. Marques HHS, Latorre MRDO, DellaNegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. Rev Saúde Pública 2002;36(4):385-92.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Brasília (DF); 2000.

9. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med 1994;331(18):1173-80.

10. Lemos LMD, Gurgel RQ, Dal Fabbro AL. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. Rev Bras Ginecol Obstet 2005;27(1):32-6.

11. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS. Considerações sobre o aleitamento materno e o HIV. São Paulo; 2002.

12. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública 2002;36(4 Supl):12-23.

Correspondência:

Paulo Rodrigo dos Santos David

Rua José Urias Fortes 177 Apto 21

15091-220 – São José do Rio Preto - SP

Tel.: (14)8123-1284

e-mail: paulo_rodrigo_david@yahoo.com.br
