

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

JULIANA ARAGÃO DE ALMEIDA

**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: CONTRIBUIÇÃO DA
ENFERMAGEM PARA SUA REDUÇÃO**

BELO HORIZONTE

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

JULIANA ARAGÃO DE ALMEIDA

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: CONTRIBUIÇÃO DA
ENFERMAGEM PARA SUA REDUÇÃO

Trabalho apresentado ao curso de especialização em enfermagem obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de enfermeira obstetra, orientada pela professora Kleyde Ventura.

BELO HORIZONTE

2012

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA SUA REDUÇÃO

JULIANA ARAGÃO DE ALMEIDA

Monografia para a conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, submetido a Universidade Federal de Minas Gerais, como parte para o grau de especialista em Enfermagem obstétrica.

Aprovada por:

Assinatura do/a Orientador/a:

Data: ____ / _____ / _____

A Deus, Pai e criador, a meu filho, que
foi por quem lutei e irei vencer, a meu
marido e meus pais pelo exemplo de
amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por dar-me a oportunidade de seguir em frente e nunca desistir, a meus pais símbolo de amor e carinho que estiveram sempre ao meu lado dando-me força e ensinando-me a buscar todos os dias a verdadeira essência da vida, ao meu marido pelo amor e companheirismo, ao meu filho, amor incondicional por quem vivo e luto todos os dias de minha vida e a profa. Kleyde Ventura pela dedicação, ensinamentos e carinho.

“Podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença, num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós, o sentido da vida e da dignidade. E com este sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma democracia, justa e fraterna”.

(Hebert de Souza)

RESUMO

Com as crescentes taxas de infecção pelo HIV em mulheres em idade reprodutiva podemos observar um aumento da transmissão congênita do HIV. Este estudo trata-se de uma revisão de bibliografia com o objetivo de destacar as medidas para o controle da transmissão vertical do HIV, com o enfoque nas contribuições de enfermagem para esta redução. Este trabalho aborda a AIDS em gestantes soropositivas a transmissão vertical e a contribuição da enfermagem para diminuir a transmissão vertical do HIV. O conhecimento pela equipe de saúde do impacto da transmissão vertical permitira adotar a profilaxia e medidas educativas com a gestante para melhor controlar a doença, oferecendo conforto e permitindo qualidade de vida às gestantes infectadas pelo vírus HIV e seus filhos. A enfermeira obstetra deve, portanto, estar atualizada para a participação e desenvolvimento de programas de assistência às gestantes portadoras do HIV.

UNITERMOS: AIDS, HIV, Infecções por HIV, Soropositividade para HIV

ABSTRACT

With rising rates of HIV infection in women of reproductive age can observe an increase of congenital transmission of HIV. This study deals with a review of the literature in order to outline the measures to control the vertical transmission of HIV, with the focus on nursing contributions to this reduction. This paper deals with AIDS in HIV positive pregnant women and vertical transmission contribution of nursing to reduce vertical transmission of HIV. The knowledge by the health team of the impact of vertical transmission prophylaxis and allowed to adopt measures with patient education to better control the disease, offering comfort and quality of life allowing pregnant women infected with HIV and their children. Midwives should therefore be updated to the participation and development of programs to assist pregnant women with HIV.

KEY WORDS: AIDS, HIV, HIV Infections, HIV seropositivity

SUMÁRIO

Capítulo 1 – Introdução	9
2. Objetivos	11
3. Materiais e Métodos	12
Capítulo 2 – Resultados E Discussão	13
4.1 - Síndrome De Imunodeficiência Adquirida (AIDS): Uma Doença Conhecida Como AIDS	13
4.2 - A Epidemia De HIV/AIDS Em Mulheres E As Possíveis Repercussões Em Sua Vida.....	15
4.3 - A Importância Da Redução Da Transmissão Vertical Do HIV	20
4.4 - As Contribuições Da Enfermagem Para A Redução Da Transmissão Vertical Do HIV	25
Capítulo 3 – Considerações Finais	27
Referências Bibliográficas	29

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

Desde a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), apesar do avanço e progresso na produção do conhecimento científico e tecnológico sobre essa infecção muitas dúvidas ainda permanecem sem respostas. Atualmente tem-se presenciado crescimento no número de anti-retrovirais disponíveis no mercado. Porém, até hoje não se dispõe de tratamentos curativos e nem de vacinas capazes de prevenir a infecção, indicando a importância da adoção de ações preventivas, que por sua vez são alternativas muito bem definidas, faltando apenas serem incorporadas objetivamente aos hábitos de vida da população (BRASIL, 2004).

Sabe-se que o HIV é transmitido por via sexual e ao contrário do que se pensou no início da década de 80 do século passado, a infecção causada por este vírus não se limitou à identidade sexual, mas sim aos comportamentos adotados. Historicamente os primeiros casos da infecção ocorreram entre homossexuais masculinos, nos últimos dez anos houve um aumento dos casos entre os heterossexuais e atualmente o que se observa é o processo de feminilização da AIDS. (DANIEL e PARKER, 2000).

Diante da complexidade que envolve toda população quanto a realidade das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e em especial da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), emerge a necessidade de investirmos na capacitação dos profissionais, em especial os enfermeiros obstetras, a fim de instrumentalizá-los na sua prática assistencial.

As mulheres são consideradas as maiores "vítimas" da transmissão heterossexual do vírus HIV, com o agravante adicional da transmissão vertical (transmissão do vírus HIV da mãe para o bebê), que é uma das principais formas de disseminação desse vírus (SOUZA JUNIOR, 2004). Podendo variar de 13 a 48% com dados realizados a partir da ficha de investigação de

gestantes HIV e crianças expostas (CARUSO. et al 2010). A profilaxia com anti-retroviral no pré-natal e no momento do parto, aliada à administração no recém-nascido, tem melhorado o panorama de soroconversão na população infantil (BRASIL. 2004/2005).

Com o número crescente de mulheres infectadas em idade reprodutiva, as gestantes portadoras do HIV constituem um grupo especial para a assistência pré-natal, tanto em relação ao desenvolvimento da gestação e do feto, quanto em relação aos aspectos psicológicos, sociais e familiares. Existem vários aspectos a serem observados; o tema evolui à medida que as pesquisas acrescentam novos conhecimentos e perspectivas (ORTIGÃO, 2005).

Nesse contexto, surge então o interesse em verificar a produção científica disponível que aborde as medidas para o controle da transmissão vertical do HIV, bem como as ações no pré-natal, no parto e no cuidado ao recém-nascido, doravante-RN; de forma a instrumentalizar as enfermeiras para esse controle, em sua prática assistencial.

Este trabalho tem como objetivo conhecer por meio de uma pesquisa bibliográfica as medidas para o controle da transmissão vertical do HIV, bem como as contribuições da enfermagem para esta redução.

Espera-se com este trabalho contribuir para a instrumentalização das enfermeiras para esse controle, em sua prática assistencial.

2. OBJETIVO

Destacar as medidas para o controle da transmissão vertical do HIV, com enfoque nas atribuições da enfermagem para essa redução.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Segundo Vieira e Hossne (2002), a revisão de literatura é realizada por meio da pesquisa bibliográfica, que é elaborada a partir de material já selecionado, como livros, artigos, dissertações e teses, que melhor se adaptem ao tema pesquisado. Mostra a evolução de conhecimento sobre um tema específico e resume o que é relevante. Este estudo trata-se, portanto, de uma revisão bibliográfica com enfoque nas recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, além da importância da enfermagem nessas ações.

Para a seleção do material definiu-se o período de 2000 a 2010. As informações foram obtidas em consultas na base de dados eletrônicas utilizando a BVS e sites oficiais de saúde. A seleção do material foi realizada em setembro de 2010 a dezembro de 2010. Os descritores utilizados foram: síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, enfermagem.

Com base no material selecionado foi possível organizar os resultados nos seguintes subitens: HIV/AIDS, a situação de epidemia entre as mulheres destacando as repercussões na sua vida, a importância da redução da transmissão vertical do HIV e, finalmente, as contribuições da enfermagem, em particular da enfermagem obstétrica para a redução da transmissão vertical do HIV.

CAPÍTULO 12

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão de literatura foi dividida em quatro subcapítulos: o primeiro capítulo aborda o histórico da doença (AIDS), descrição da mesma na mulher infectada pelo vírus HIV e quais as repercussões em sua vida. O segundo capítulo refere-se à assistência de enfermagem a gestantes portadoras do HIV, a contribuição da enfermagem para diminuir a transmissão congênita do HIV e quais as medidas adotadas no controle e prevenção da doença.

4.1 - SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é a manifestação clínica da infecção pelo vírus HIV que leva, em média, oito anos para se manifestar. No Brasil, desde a identificação do primeiro caso de AIDS, em 1980, até junho de 2006, já foram identificados aproximadamente 433 mil casos da doença (BRASIL, 2006).

A AIDS é a consequência da infecção por um vírus de RNA da família dos retrovírus, denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). (ORTIGÃO, 2005). Esse vírus tem tropismo específico para células que apresentam o antígeno de superfície o CD4, cujos principais representantes são os linfócitos T auxiliares e células do sistema macrofágico – monocitário (KLATZMANN, 1984). A ligação do HIV com a célula hospedeira ocorre por interação entre uma glicoproteína do envelope viral, a gp120, e a molécula CD4 das células hospedeiras, e propicia a internalização da partícula viral. Uma vez no interior da célula hospedeira, o vírus descoberto e seu RNA são convertidos em DNA, por meio da ação da enzima transcriptase reversa. O DNA viral será então, incorporado ao DNA do hospedeiro, possibilitando o início de sua replicação (WILLIAN, 1999).

O HIV infecta as células do sistema imunológico, especialmente as células T, levando-as a uma severa imunodepressão e tornando a pessoa mais susceptível a doenças infecciosas. Quando uma pessoa tem a doença AIDS,

significa dizer que o vírus já causou danos suficientes ao seu sistema imunológico, permitindo que infecções oportunistas se desenvolvam (WILLIAM, 1999).

O Brasil, como referência mundial no combate a AIDS, reúne periodicamente especialistas no estudo da doença para estabelecer parâmetros de tratamento e acompanhamento de pacientes infectados com vírus HIV estes estudos realizados geram documentos de orientação, que são disponibilizados ao público, servindo de guia para orientação dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento e também para a aquisição dos medicamentos por parte do próprio Programa Nacional da AIDS (TAVEIRA et al. 2005).

A disponibilização de medicamentos, não garante a qualidade do tratamento; é necessário monitorar a resposta dos pacientes à medicação, para que avaliação de sua eficácia.

Segundo WILLIAN (1999) foi criado em 1997 a Rede Nacional de Laboratório para a realização de exames de carga viral (que identifica a quantidade de vírus circulando no organismo) e contagem de CD4 e CD8 (subpopulação de células do sistema imune com papel chave no sistema imunológico, que quando abaixo de um determinado valor indicam o comprometimento grave do mesmo) permitindo o acesso de toda população com atendimento gratuito devido ao alto custo na rede particular.

O surgimento de casos de pessoas que não respondem à terapêutica medicamentosa levou o Governo Brasileiro ainda em 1991, a introduzir o Projeto de Implantação de uma Rede Nacional para Genotipagem do HIV-1 no qual é realizado o exame que detecta mutações associadas com a resistência do HIV aos antirretrovirais com o objetivo de pesquisar o padrão de mutação responsável pela falha da terapêutica. Essas redes de laboratórios são escolhidas com base nas competências técnica e científica apresentadas, esses centros são ligados às universidades federais ou às instituições e hospitais públicos (WILLIAN 1999). A genotipagem é um importante instrumento de monitoramento da resistência viral, decisão que se implementou em 2001 juntamente com uma rede de laboratórios de estudo do padrão genético do HIV, com o intuito de detectar o surgimento de variantes do vírus

resistentes à medicação. Estes estudos também fornecem subsídios para a eventual produção de uma vacina contra o HIV, empreendimento mundial do qual o Brasil também participa, através do Programa Nacional (WILLIAM, 1999).

O início do novo século consolida o reconhecimento do Programa Brasileiro de controle do HIV e AIDS, transformado em exemplo internacional. Suas características mais marcantes são a integração entre prevenção e assistência, incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, universalidade, que são princípios legais do próprio Sistema Único de Saúde, mas também reflexo da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por uma epidemia. Neste sentido, o Programa Nacional de DST e AIDS é o produto complexo de uma série de linhas interdependentes que co-evoluíram ao longo destes vinte anos, que tiveram nos órgãos governamentais, nas organizações da sociedade civil e na área acadêmica parceiros em constante cooperação (BRASIL, 2005).

Alguns desafios ainda persistem, pois o quadro econômico desfavorável pesa permanentemente sobre a sustentabilidade dos programas sociais governamentais, e a discriminação encontra formas nem sempre muito sutis de renovar-se. Ainda assim, olhando para o caminho percorrido nestes vinte anos e percebendo o impacto decisivo deste conjunto de ações em dados expressivos, como na redução da mortalidade ou na estabilização da progressão dos novos casos (BRASIL, 2005).

4.2 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM MULHERES E AS POSSÍVEIS REPERCUSSÕES EM SUA VIDA

As estatísticas disponíveis em nosso país referente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) demonstram claramente a situação atual bastante grave, se observarmos os dados provenientes do número crescente de mulheres infectadas (TAKAHASHI et al., 1998). O quadro epidemiológico da AIDS tem sofrido mudanças nos últimos anos como o perfil dos infectados. Tais mudanças dizem respeito às alterações ocorridas no interior de duas

categorias de transmissão, a sexual e a sanguínea, ou seja, ainda parece que o brasileiro se protege pouco, apesar das campanhas maciças de prevenção contra a doença. Dados recentes indicam como está a situação da doença em nosso país (BRASIL, 2006).

Atualmente a epidemia de AIDS no Brasil conta com cerca de 433 mil casos confirmados da doença e uma estimativa de 593 mil infectados vivendo com HIV e AIDS. Do número total de casos identificados de AIDS, 140 mil são mulheres. Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Segundo estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa de cerca de 13 mil parturientes infectadas. Diante desta situação epidemiológica e da existência de esquema profilático altamente eficaz contra a transmissão materno-infantil do HIV (transmissão vertical), torna-se de grande importância o conhecimento, o mais precoce possível, do estado sorológico das gestantes, a fim de iniciar a terapêutica da doença e/ou profilaxia adequada da transmissão vertical do vírus (BRASIL, 2006).

Estima-se que 600 mil pessoas no Brasil vivam com o HIV ou já tenham desenvolvido a AIDS (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2010).

O HIV entra no organismo humano e pode ficar incubado por muitos anos sem que o indivíduo apresente nenhum sintoma ou sinal de doença. Esse período gira em torno de oito anos. É muito importante que as pessoas que passaram por uma situação de risco façam o teste. Entre essas situações, estão: relação sexual com parceiros eventuais sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis; transfusão de sangue contaminado pelo HIV; acidentes ocupacionais com objetos perfuro-cortantes que contenham material biológico de origem humana e presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV; filho nascido de mãe portadora do HIV - quando não foi feita a prevenção de transmissão para o bebê - ou que tenha sido amamentado (MORENO. Et al, 2006). No caso das gestantes, recomenda-se a realização do teste anti-HIV durante o pré-natal. Caso o resultado seja positivo, o atendimento pelo serviço de saúde é

imprescindível para evitar a transmissão do HIV para o bebê durante a gestação, parto ou a amamentação.

O momento exato em que a infecção pelo HIV ocorre no feto não é conhecido, estudos sugerem que a transmissão pode ocorrer durante a gestação, parto ou pós-parto pelo aleitamento materno. A transmissão perinatal intra-útero foi comprovada pela detecção do HIV no líquido amniótico, tecidos fetais e placenta (MARIN 1997). Segundo EHRNST et al. (1991) o risco de transmissão seria maior no final da gestação e no período intraparto. Os mecanismos da transmissão intraparto são desconhecidos, mas, provavelmente, pode ocorrer pela exposição mucocutânea da criança ao sangue ou secreção cérvico-vaginal materna (DUARTE, 1997).

A transmissão perinatal do HIV pelo aleitamento materno foi demonstrada por DUNN. (1992), representando um risco adicional estimado em 14% para as mulheres que já estavam infectadas na gestação (DUNN et al., 1992).

O comparecimento periódico ao pré-natal de uma gestante portadora do HIV, para a realização dos exames de rotina, possibilita com os resultados precisar sobre o início do tratamento com os anti-retrovirais ou sua eventual modificação com o objetivo de prevenir uma possível transmissão vertical (ORTIGÃO, 2005).

A sorologia para detecção da infecção pelo HIV tem sido recomendada como exame de rotina nos serviços pré-natais (MARIN,1997). No entanto, deve ser voluntária e após informação sobre os benefícios do diagnóstico precoce para instituição de medidas de redução das taxas de transmissão perinatal (CDC, 1995). No Brasil, a Coordenação Nacional de DST/AIDS recomenda que seja oferecido o teste anti-HIV para todas as gestantes, mediante o seu consentimento, com aconselhamento pré e pós-teste, independente de apresentar situação de risco para a infecção pelo HIV (BRASIL, 1998).

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV nas gestantes não é diferente daquele realizado em outros grupos. Para que se considere a gestante, HIV positivo é necessária a avaliação laboratorial de duas amostras

de sangue em datas diferentes e analisadas por métodos diferentes (BRASIL, 1995).

Na rotina de acompanhamento da gestante HIV positiva deverão ser incluídos exames para monitorar a situação imunológica (contagem do número de linfócitos CD4) e virológica (quantidade da carga viral), realizados no início do pré-natal (primeiro trimestre) e próximo ao parto (34 semanas), para definir a via de parto; apresentando mais de mil cópias/ml ou desconhecida, a via de parto é cesárea eletiva, apresentando menos de mil cópias/ml ou indetectável a via é parto vaginal. As gestantes portadoras do HIV devem receber terapêutica antiviral (AZT) a partir da 14^o semana de gestação. Iniciando o trabalho de parto o medicamento deve ser administrado por via endovenosa até o clampamento do cordão umbilical; o RN deve receber nas primeiras oito horas de nascimento solução oral do antiviral mantendo o tratamento por seis semanas (BRASIL, 2004)

Como terapias anti-virais empregadas atualmente para o tratamento da AIDS, temos as drogas inibidoras da enzima transcriptase reversa, entre elas o AZT, e as inibidoras da protease, uma enzima necessária para a clivagem da cadeia protéica e formação das proteínas virais (MINKOFF & AUGENBRAUN, 1997). O AZT é capaz de inibir os efeitos citopáticos causados pelo HIV. Sua ação pela inibição da enzima transcriptase reversa e incorporação à síntese do DNA, inibe a replicação do vírus (DANIEL, 2000).

O uso do AZT durante a gestação foi recomendado pelos CDC, em 1994, baseado nos resultados de um estudo multicêntrico (Estados Unidos e França), casualizado, placebo-controle, (*AIDS Clinical Trials Group-protocol 076 - ACTG protocolo 076*), que apontou a redução de dois terços das taxas de transmissão perinatal. A administração do AZT, durante a gestação, foi feita por via oral na dosagem de 500 mg/dia e, durante o trabalho de parto, sob a forma endovenosa, 2mg/Kg no período de uma hora, seguindo-se por infusão contínua de 1 mg/kg/hora até o momento do parto. Para o neonato, o AZT foi administrado na forma oral, na dosagem de 2 mg/kg cada 6 horas, iniciando-se após 12 horas do nascimento até 6 semanas de vida (CDC, 1994). A redução da carga viral materna e da exposição do feto ao vírus, associada à passagem

placentária do AZT, poderia explicar a diminuição das taxas de transmissão perinatal durante a gestação e parto (CONNOR et al., 1994).

As gestantes que estiverem sendo medicadas com AZT precisam ser avaliadas por meio de exames laboratoriais periódicos, com objetivo de detectar possíveis alterações hepáticas e anemia associadas ao regime terapêutico e contagem de CD4 para determinar a profilaxia das infecções oportunistas (CDC,1994). Não são indicados procedimentos invasivos para avaliar maturidade e vitalidade fetal, já que poderiam aumentar o risco de transmissão perinatal (DUARTE, 1997).

Não estão totalmente explicados os efeitos adversos, para a mulher e para o feto, do uso de AZT durante a gestação, como o desenvolvimento de cepas resistentes, o potencial carcinogênico e os efeitos no desenvolvimento neurológico e no sistema reprodutivo (MINKOFF & AUGENBRAUN, 1997). Portanto, a gestante deve ser informada dos benefícios e possíveis riscos do tratamento, aceitando ou não as recomendações terapêuticas. A recusa não deve modificar a assistência prestada (CDC,1994).

Outros regimes terapêuticos anti-retrovirais têm sido estudados, mas os resultados relativos à transmissão perinatal e à toxicidade fetal, ainda não são completamente conhecidos. Não existe padronização do tratamento antiretroviral a ser introduzido na vigência de infecção pelo HIV na gestação. Tem sido recomendada uma avaliação periódica e contínua durante a gravidez, dos benefícios e riscos, a curto e longo prazos, para a gestante e o feto, que subsidiará a decisão de escolha da terapêutica, sua continuidade ou modificação na gravidez (US PUBLIC HEALTH SERVICE, 1998).

4.3 - A IMPORTÂNCIA DA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Denomina-se transmissão vertical do HIV a situação em que a criança é infectada pelo vírus da AIDS durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. No entanto, a criança, filha de mãe infectada pelo HIV, tem a oportunidade de não se infectar pelo mesmo, pois existem atualmente medidas eficazes para evitar o risco de transmissão, tais como: o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas anti-retrovirais, o parto cesariano programado, a suspensão do aleitamento materno, substituindo-o por leite artificial. Durante o pré-natal, toda gestante tem o direito e deve realizar o teste HIV. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão para o bebê (JUNIOR. et al, 2004).

A maioria das crianças nascidas de mãe soropositiva para o HIV não apresenta sinais ou sintomas de infecção no nascimento devendo fazer o acompanhamento recomendado pelo Ministério da Saúde, até comprovar sua situação sorológica (infectada ou não) (JUNIOR. et al, 2004).

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de testes realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue. Esses testes podem ser realizados em unidades básicas de saúde, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em laboratórios particulares. Nos CTA, o teste anti-HIV pode ser feito de forma anônima e gratuita (BRASIL, 2006).

Todos os testes devem ser realizados de acordo com uma norma definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados e controlados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Além dos cuidados durante a coleta e execução dos testes, é fundamental que o processo de aconselhamento, antes e depois do teste, seja feito de forma cuidadosa. Este procedimento facilita a correta interpretação do resultado, tanto pelo profissional de saúde como pelo paciente. O teste deverá ser sempre voluntário e confidencial (BRASIL, 2006).

A taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV+.

Com ações de prevenção, no entanto, a transmissão pode reduzir-se para menos de 1% através do controle no pré-natal, realização de exames laboratoriais e quando positivo profilaxia. No ano de 2004, estimou-se que cerca de 12.000 parturientes estavam infectadas pelo HIV+ no Brasil. Foram notificados ao Ministério da Saúde, de janeiro de 1983 a junho de 2006, 13.171 casos de AIDS em menores de 13 anos de idade devido à transmissão vertical. Este número vem reduzindo ano a ano com a adoção de medidas de prevenção (BRASIL, 2006).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) infantil foi reportada pela primeira vez ao Centro de Controle de Doenças (CDC – Atlanta, Estados Unidos) em 1982, um ano após a descrição inicial da nova doença em adultos. De forma análoga ao que era observado nos adultos, aquelas crianças apresentavam alterações da função imune, acarretando uma maior predisposição a infecções do que nos indivíduos-controles da mesma faixa etária. À medida que mais casos de crianças com sintomas semelhantes foram surgindo, tornou-se evidente que tais pacientes apresentavam em comuns mães infectadas pelo HVI. Desde então, a incidência de infecção pelo HIV em crianças vem aumentando em função da disseminação da infecção a mulheres em idade procriativa (ORTIGÃO, 2005). Neste mesmo artigo a autora deixa claro que ainda não havia uma forma de controlar esta doença nas gestantes, por isso a prevenção era algo extremamente necessário e de fundamental importância para a saúde de ambos.

Um dado importante relatado pela autora acima, é que ao nascimento, praticamente todas ex-crianças de filhas portadoras de vírus apresentavam anti-HIV séricos. Entretanto, a positividade sorológica deve-se à passagem de anticorpos maternos pela placenta e não à produção pelo lactante. Esta indefinição diagnóstica pode persistir até os 15 meses de idade, época-limite em que se espera que os anticorpos maternos tenham sido substituídos pelos da criança, ou tenham negativado definitivamente. A transmissão vertical pode se dar através de três formas, infecção intra-útero, infecção periparto e infecção pelo aleitamento materno (ORTIGÃO, 2005).

O progressivo crescimento do número de casos de AIDS entre mulheres de todas as regiões brasileiras, em sua grande maioria por meio de transmissão sexual, vem recebendo atenção especial com desenvolvimento de

ações de prevenção e de controle, considerando-se que o maior percentual de casos é observado em mulheres em idade reprodutiva. Como consequência desse contexto epidemiológico e controle da transmissão por meio de transfusões de sangue no Brasil, ao longo dos anos, a transmissão vertical, de mãe para filho, vem assumindo grande importância epidemiológica. Atualmente os dados epidemiológicos mostram que os 85% dos casos de AIDS em menores de treze anos no Brasil tem como modalidade de transmissão do HIV a transmissão vertical. Essa modalidade vem se tornando grande desafio para a saúde pública, demandando novas estratégias de vigilância, como a vigilância da infecção pelo HIV de segunda geração, que incorpora, de forma integrada, dados relativos à infecção e aos comportamentos da população. (CAVALCANTE et al., 2004).

Autores descrevem as implicações da evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças, sendo a disfunção imunitária humoral, a que caracteriza a deficiência celular. Neste estudo os autores argumentam que esta disfunção está relacionada com uma interferência na maturação do linfócito B e que nas crianças infectadas pelo HIV-1, os processos de diferenciação e proliferação dos linfócitos B podem resultar tanto em hipo quanto em hipergamaglobulinemia. Em crianças infectadas congenitamente, esse efeito acarretaria em uma capacidade de desenvolver uma população de células B de memória específicas contra patógenos (ORTIGÃO et al, 2007).

Em um estudo, que se constitui na realidade de uma pesquisa descritiva, exploratória do tipo transversal, os autores comentam que o risco de exposição ao HIV na amostra relatada, é alta pelo reduzido número de mulheres que adotavam medidas de sexo seguro, desconhecimento do comportamento do parceiro fora do lar, início precoce do relacionamento sexual, pouca abrangência da cobertura do Papanicolaou, presença de DST e uso de drogas. Neste mesmo estudo as causas culturais influenciaram nestes dados, bem como atitudes na prevenção e controle da própria saúde (LATORRE, 2003).

A prevenção da transmissão materno-infantil (transmissão vertical) do HIV no Brasil tem sido preconizada pela Coordenação Nacional de DST e AIDS para atender à crescente heterossexualização e, conseqüentemente, a feminização da epidemia, que vitimiza mulheres predominantemente na idade

fértil e que, portanto, podem colocar em risco seus bebês. A inversão na relação masculino/feminino dos casos de AIDS na faixa etária de 13 a 19 anos é extremamente preocupante, e vem se somar à ocorrência cada vez mais freqüente de gestação na adolescência, sinalizando para o risco de transmissão perinatal do HIV (FERNANDES et al., 2005).

Autores estudaram fatores maternos e fetais envolvidos na transmissão vertical do HIV - 1 em 47 pares de mãe e filho. As variáveis comportamentais, demográficas e obstétricas foram obtidas mediante entrevistas, outros dados foram retirados de prontuários. Percebeu-se neste estudo que a transmissão vertical resulta de desequilíbrio entre os fatores descritos acima, com predomínio dos riscos sobre os protetores, ou seja, havia pouca preocupação das mães com o seu próprio bem estar e dos filhos, devido à falta de informação sobre os riscos de se ter uma gravidez com o vírus da AIDS (GIANVECCHIO et al 2005)

Vários autores relatam a relação entre a informação das mães e a saúde global delas e dos fetos, ou recém-nascidos. O grande problema é que elas ainda não perceberam a gravidade de serem soropositivas e ainda serem mães. Mas é necessário que a equipe de saúde, esteja sempre preparadas para ajudar na conscientização dessas mães, sobre os reais problemas de saúde que seus filhos se portadores, irão enfrentar (PAIVA et al, 2004)

Em outros estudos há certa desconfiança sobre as relações do estado gravídico e AIDS, “parece” que não há alteração da evolução da infecção causada pelo HIV. Na ausência de doenças crônicas, complicações e uso de drogas injetáveis verifica-se que a incidência de intercorrências obstétricas não se eleva, permanecendo o aborto espontâneo, a restrição do crescimento intra-uterino, o parto prematuro e a morte fetal dentro das prevalências esperadas. No entanto, mulheres soropositivas com imunidade diminuída têm um risco maior para as complicações infecciosas (ABEYÁ et al., 2004).

Vários estudos revisados demonstram o interesse dos pesquisadores pelo que pode acontecer com o filho e a mãe do ponto vista da infecção como, por exemplo, diarréia crônica, retinopatias, diminuição da imunidade e perda de peso (SOUZA JÚNIOR et al., 2004; LEMOS et al., 2005; YOSHIMOTO et al., 2005).

Porém, outros trabalhos abordam temas também importantes como à relação das mães soropositivas e amamentação. No Brasil a recomendação é que mães HIV positiva não amamentem seus filhos e nem doem leite para banco de leite humano; contra indica-se também o aleitamento materno cruzado por considerar a amamentação uma das formas pela qual pode ocorrer a transmissão vertical (FILIPE, 2006).

Autores afirmam que mães HIV, não podem amamentar, pois existe o risco de aproximadamente 14% do bebê se contaminar com o leite materno, essa probabilidade aumenta quanto mais recente for a infecção (NOVAK, 2000).

Em trabalhos recentes verifica-se a preocupação de diagnosticar precocemente as gestantes portadoras do vírus HIV e a sua inclusão em programas de tratamento da doença além de estratégias para que se reduza a transmissão vertical (DUARTE et al., 2005).

Após o nascimento são realizados alguns cuidados com o recém nascido visando à redução do risco de transmissão tais como: lavar o recém nascido com água e sabão, aspirar delicadamente às vias aéreas do recém nascido evitando traumatismos em mucosas monitoramento e realização de hemograma completo no recém nascida devido possibilidade de anemia, assegurar acompanhamento de um pediatra especializado após a alta, a partir da sexta semana de vida até a definição do diagnóstico pelo HIV a criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia com sulfametoxazol mais trimetoprina na dosagem de 750 mg/dia dividida em duas doses diárias, três vezes por semana, ou em dias consecutivos, não amamentar, alimentar o recém nascido com fórmula infantil, contra indicar amamentação cruzada e o uso de leite materno com pasteurização domiciliar, manter a criança em alojamento conjunto (BRASIL, 2004).

Sabe-se cada vez mais como proporcionar cuidados profiláticos das infecções relacionadas com HIV. Estes meios são eficazes para diminuir a incidência da transmissão do vírus para o bebê. Todos os esforços de prevenção reduzem ou limitam o número final de bebês infectados. Sempre que são proporcionados cuidados, há uma oportunidade de ouro de fornecer ou reforçar a prevenção.

Em um estudo recente, (BRITO et. al., 2006) os autores comentam que houve redução do número de crianças vítimas de AIDS desde 1997 por causa do aumento da cobertura das ações de prevenção e controle da AIDS durante o período pré-natal e o parto.

É necessário, portanto continuar com as campanhas de prevenção e como já foi dito a participação dos enfermeiros bem como de todos da equipe de saúde, são de utilidade pública, pois são eles os transmissores de conhecimento para população em geral, em especial, as gestantes.

Por fim, o trabalho apresentado refere-se a vários questionamentos dos autores sobre a situação atual da prevenção e o tratamento da AIDS, em especial do ponto de vista, da saúde da gestante soropositiva e seu filho e o modo de prevenção da transmissão vertical.

4.4 AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

O profissional enfermeiro possui atribuições específicas no que tange ao ato de prevenção em saúde, seu papel está denominado não somente no ato de cuidar, mas, também na prevenção primária, nesse sentido, cabe a este a realização de recomendações para prevenir a transmissão do HIV, tais como: informar as mulheres infectadas pelo HIV, e/ou aos cuidadores, sobre os riscos de transmissão do HIV pela amamentação e orientá-las a obter e a preparar a fórmula infantil. É importante que a puérpera receba suporte da equipe de saúde para não se sentir discriminada ; orientar sobre a prevenção das DST e reinfecção pelo HIV, mostrando a necessidade de uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais; oferecer suporte familiar, com apoio psicológico e social, se necessário, e assegurar o seu acompanhamento em Serviço Especializado para portadoras de HIV, entre outros(BRASIL,2006b).

A inibição da lactação através do enfaixamento das mamas é uma medida que deve ser feita com ataduras ou comprimindo-as com um “top” e evitando, com isso, o início da lactação pela estimulação. Esta conduta deve ser mantida pelo profissional a por um período de dez dias. Pelas dificuldades

enfrentadas pela mulher, após a alta hospitalar, é recomendável que se associe a essa medida, a critério do obstetra, a supressão farmacológica da lactação com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos, VO, em dose única; (BRASIL,2006a).

Brasil (2006a) afirma que pacientes em uso de Terapêutica Antirretroviral (TARV) combinada para tratamento devem, sempre que possível, manter o uso dos antirretrovirais no pós-parto imediato. Para tanto, a ingestão dos medicamentos deve ser feita com pequena quantidade de água, respeitando ao máximo os horários regulares da tomada dos medicamentos. Mesmo as pacientes submetidas à cirurgia cesariana, desde que não estejam sedadas, poderão fazer uso dos medicamentos. A suspensão dos antirretrovirais (ARV) no pós-parto, em pacientes cuja indicação dessa terapia corresponde à condição de uso “profilaxia com TARV”, deverá ser orientada pelo médico que acompanhou a paciente durante o pré-natal no Serviço Especializado, devendo tal recomendação estar anotada no Cartão da Gestante (BRASIL, 2006b).

Encaminhar a mãe para realização da consulta puerperal (no 8º e no 42º dia pós-parto, salvo situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e puerpério imediato), para seu acompanhamento clínico e para o planejamento reprodutivo, conforme fluxo estabelecido localmente e entregar, após orientação de preparo, a fórmula infantil em quantidade suficiente para duas semanas, agendando, dentro deste período, uma consulta no serviço de referência para HIV/AIDS para acompanhamento da exposição ao HIV e na unidade de saúde de origem para puericultura constituem orientações que a equipe de saúde deverá fazer para que seja oferecido a esse paciente melhores condições de tratamento e especialmente para as mulheres que tiveram seu diagnóstico de infecção pelo HIV (BRASIL, 2006a)

CAPÍTULO 3

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução do presente trabalho oportunizou contribuição para a ampliação do conhecimento a respeito da importância de se realizar uma assistência efetiva de enfermagem na transmissão vertical do HIV. Neste sentido, notou-se que o enfermeiro possui papel fundamental em todo o ciclo assistencial que preconiza desde o pré-natal até as orientações feitas durante todo o tratamento.

A frequência das consultas pré-natais da gestante portadora do HIV tem as mesmas recomendações de outros grupos. No entanto, destaca-se a importância do atendimento realizado por equipe multiprofissional, enfermeira obstetra, médico, assistente social e psicóloga, dando assistência integral à gestante portadora do HIV.

Percebeu-se que ainda há um amplo desafio na transmissão materno-infantil do HIV, porém, com medidas simples durante o pré-natal, parto e puerpério, a enfermagem em conjunto com toda a equipe de saúde possui efetiva importância nas orientações a essas gestantes, e isso possibilita o nascimento de uma criança saudável.

São inúmeros os desafios encontrados, o tema evolui rapidamente, sendo necessária a atualização constante para a assistência de enfermagem e a prática profissional, que constitui a aplicação de ações e de estudos científicos com objetivo da prevenção e tratamento, em equipe multidisciplinar de assistência, um processo que envolve o aprendizado individual e coletivo, motivador da compreensão e da consciência para o estabelecimento de estratégias fundamentadas no conhecimento.

Portanto, os serviços de saúde devem estar organizados para esse atendimento e a enfermeira obstetra, bem como os outros profissionais da

equipe pré-natal e assistência ao parto devem está envolvida na busca de soluções para as transformações que a infecção pelo HIV trouxe para a assistência à saúde da gestante, do bebê e da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEYÁ, R.; SÁ, R. A. M.; SILVA, E. P.; NETTO, H. C.; BORNIA, R. G.; AMIM JR., J. **Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana.** *Rev. Bras. Saúde Materno. Infantil.*, Recife, 4(4), 385-390, out./dez., 2004.

AIDS – Boletim Epidemiológico, Ano XV Nº 01- 48ª/2001 à 13ª/2002 Semanas Epidemiológicas. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. **A educação que produz saúde.** 2005. ____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes: Brasília, 2006 b.

____Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.**Considerações gerais do binômio: HIV/AIDS e gravidez.** Brasília: Programa nacional de DST/AIDS, 1995. 48p.Brasil

____ Ministério da Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa hospital amigo da criança-referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Versão Preliminar. Brasília; 2003..

____ Ministério da Saúde. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV. Brasília,2004.

BALDOQUIN MMT. **Qué espera de la enfermera com respecto al tratamiento emocional el paciente com vírus de inmunodeficiencia.** *Revista Cubana Enfermagem* 2000; 16(1): 25-33.

BRITO, S.R.; CARVALHO,A.S.; ARAUJO.R; FIGUEIREDO, B.S.**AIDS em crianças**. Revista Brasileira de pediatria,p.21-24.2006

CAVALCANTE, M. S.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; JESUS e SILVA, T. M.; PONTES, L. R. S. K. **Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste**. RGO. 26(2), 131-138, 2004

CARUSO,A.C.;SANTOS, L.E.;FERNANDES,G. **AIDS-DST**. Boletim Epidemiológico.2010.

COHEN, C. ;SEGRE, M. **Breve discurso sobre os valores, moral, eticidade e ética**: Bioética. Rio de Janeiro,4ed. 1994; 19-24.

CORBANI, S. **O dilema conceitual ético do enfermeiro**: Como cuidar de quem não conhecemos?. São Paulo, 2ed. Acta Paul. Enf. 2004; 21-39

DANIEL, H.; PARKER, R., **AIDS: A Terceira Epidemia**. São Paulo: Iglu. 1991.89p.

DUARTE, G.; GONÇALVES, C. V.; MARCOLIN, A. C.; PASCHOINI, M.C.; QUINTANDA, S. M.; MUSSI –PINHATA, M. M. **Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV -1 em gestantes**. RGO., 107-111, 2001.

DUARTE, G.; FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; EL BEITUNE, P.; QUINTANDA, S. M.; MARCOLIN, A. C.; YANO, R. K.; CAVALLI, R. C. **Controle Polidrâmnio recorrente em gestante portadora do HIV-1**. Relato de caso. RGO. 241-245, 2004.

DUARTE, G.; QUINTANDA, S. M.; EL BEITUNE, P. **Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana do tipo 1**. Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia. Rio de Janeiro,p. 768-778, 2005.

FERNANDES, R. C. de S. C., ARAÚJO, L. C., MEDINA-ACOSTA, E. **O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos**

Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro,1153-1159, jul –ago, 2005.

FREITAS GF, Oguisso T. **Ocorrências éticas na enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro, p.36-43,2006

_____**Ocorrências éticas com pessoal de enfermagem de um hospital na cidade de São Paulo:**2002.45f. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FONTINELE Júnior K. **Ética bioética em enfermagem.** Goiânia: ABIA;69p, 2000.

GIANVECCHIO, R. P., GOLDBERG, T. B. L. **Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 581-588, mar.- abr., 2005.

GIR, E.; CANIN, S.R.M.S; PRADO, M. A.; CARVALHO J. M; DUARTE,G.; REIS, R. K. **A feminização da AIDS: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HVI-1.**Jornal brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis : 73-76 2004.

GRACIELA. Maria; MARIA, Regina, et all. Órfãos **AIDS: um desafio para o Brasil.** Caxambu- MG.45p.2004.

LEMOS, L. M. D.; GURGEL, R. Q.; FABBRO, A. L. D. **Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS.** Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, 32-36, 2005.

Leopardi MT. **Metodologia da pesquisa em saúde.** Santa Maria: Pallotti; 2001.

MARIN,Heimar de Fátima;PAIVA, Mirian de Santos. **AIDS e Enfermagem Obstétrica.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA,62p.1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em www.aids.gov.br, acesso em 19 mar. de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **Implantação da Vigilância do HIV em Gestantes e Crianças Expostas.** Boletim Epidemiológico AIDS. 2000

MORENO, C. C. G. S.; REA, M. F.; FILIPE, E. V. **Mães HIV positivo e a não-amamentação.** Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. Recife, 199-208, abr – jun, 2006.

ORTIGÃO, M^a. B. **AIDS em crianças: considerações sobre a transmissão vertical.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11(1), 142-148, jan-mar, 2007.

ORTIGÃO-DE-SAMPAIO, M. B.; CASTELLO-BRANCO, **Imaturidade fetal e neonatal: implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças.** Revista Associação Médica. Brasil, 29-34, 1997.

PRAÇA, N. S.; LATORRE, M. R. D. O. **Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 61-74, 2003.

ROCCO, R.; LEITE, H. V.; VASCONCELLOS, M.; CABRAL, A. C. V. **Morbidade associada à cesariana eletiva em portadoras do HIV.** RGOB. 25(5), 323-328, 2003.

RODRIGUES – JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. **A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, p.312-317. 2004.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; JÚNIOR, A. B.; CASTILHO, E. **A. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente**, Brasil, 2002. Revista Saúde Pública, São Paulo, 38(6), 764-772, jun., 2004.

TAKAHASHI, R. F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. **Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.6, n.5, 59-65, 1998.

VASCONCELOS, A. L. R.; HAMANN, E. M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical de HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, 483-492, out – dez, 2005.

Veloso GL, Vasconcelos AL, Grinsztejn B. **Prevenção da transmissão vertical no Brasil**. Boletim Epidemiológico AIDS-1999.

VIEIRA,S.; HOSSNE, WS. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 2002.

WILLIAM G. P. **Manual de Terapêutica de HIV**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

YOSHIMOTO, C. E; DINIZ, E. M^a. A.; VAZ, F. A. C. **Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positiva**. Revista Associação Brasileira de Pediatria. 100-105, 2005.