

Hospital Materno Infantil de Brasília – DF
Secretaria Estadual de Saúde

**O Perfil das Crianças Expostas ao vírus HIV em um Serviço de
Atendimento Especializado no Distrito Federal**

Renata Vitorino Frossard

Residente em Infectologia Pediátrica no Hospital Materno Infantil de Brasília

Sylvia Maria Leite Freire

*Infectologista pediatra e orientadora do projeto de pesquisa no Hospital Materno Infantil de
Brasília*

Brasília – DF
2014

RESUMO

A transmissão vertical do HIV é considerada um problema de saúde de extrema relevância em nosso país. Um número crescente de mulheres tem sido vítima da epidemia da aids, conseqüentemente mais crianças são expostas ao vírus da imunodeficiência humana, sob o risco da transmissão vertical.

Neste trabalho foram estudadas todas as crianças nascidas no Distrito Federal, no período de janeiro de 2011 a julho de 2012, e que foram acompanhadas pelo serviço de infectologia do Hospital Dia, totalizando 40 pacientes. O objetivo foi caracterizar estas crianças afim de conhecer as suas realidades e, assim, melhorar as estratégias de prevenção e combate a transmissão vertical do HIV.

Na análise dos dados percebeu-se que estas gestantes soropositivas, em sua maioria, residem nas cidades satélites e entorno de Brasília, apresentam baixa escolaridade, estão na faixa etária de 20 a 30 anos e obtiveram seus diagnósticos previamente a gestação, porém nem todas tomaram as medidas preventivas para evitar a transmissão. Quanto aos filhos todos foram submetidos à profilaxia recomendada.

ABSTRACT

Vertical transmission of HIV is considered a health problem of extreme importance in our country. An increasing number of women have been victims of the AIDS epidemic, therefore more children are exposed to human immunodeficiency virus, at the risk of virus transmission.

In this work we studied all children born in the Federal District, in the period January 2011 to July 2012 and who were followed by the Infectious Diseases Service, Dia Hospital, totaling 40 patients. The objective was to characterize these children in order to know their realities and thereby improve strategies to prevent and combat child transmission of HIV.

In data analysis it was realized that these seropositive pregnant women, mostly residing in the satellite towns and around Brasilia, have little education, are aged 20-30 years and had their diagnosis prior to pregnancy, but not all took preventive measures to avoid transmission. The sons were all subjected to the recommended prophylaxis.

1. INTRODUÇÃO

A aids é atualmente um assunto de grande importância para a saúde pública, devido à sua gravidade e ao seu caráter pandêmico², sendo adquirida pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, provocando a disfunção do sistema imunológico através da destruição dos linfócitos T CD4+, que são os alvos principais do vírus.

Desde o aparecimento dos primeiros casos nos anos 80 até 2013, o Brasil registrou 686.478 casos da doença, de acordo com o último Boletim Epidemiológico (MS, 2013)⁴.

Segundo a UNAIDS-2012, o número de casos registrados entre as mulheres tem crescido nos últimos anos. Em meados de 1989, a razão de ocorrência da doença era de cerca de 6 casos de aids no sexo masculino para cada caso no sexo feminino. Já em 2011, esta razão chegou a 1,7 casos entre os homens para cada caso entre as mulheres^{17,18}.

A maior participação feminina na epidemia da aids resulta no crescimento da transmissão materno-infantil do HIV, conhecida como transmissão vertical, fazendo com que mais crianças estejam sujeitas à infecção pelo vírus. Em 2012 foram registrados aproximadamente 475 casos/ano em menores de cinco anos de idade, o que representa 3,4 casos em cada 100.000 habitantes. Segundo a UNAIDS (2012)¹⁷, se observarmos o comportamento da doença em cada região do país, nota-se uma tendência de queda nos estados da região Sudeste, um aumento nas regiões Norte e Nordeste e um comportamento instável na região Sul do País.

No Distrito Federal a taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade, conforme dados do Ministério da Saúde de 2012, encontra-se próxima a 1,0 caso em 100.000 habitantes. Em 2011, dos casos notificados em crianças menores de 13 anos, 93,8% ocorreram por transmissão vertical, o que corrobora a necessidade de aprimorar estratégias de vigilância.

Diversos fatores estão associados à transmissão vertical, destacando-se a viremia materna elevada, especialmente no período periparto^{10,14,16}. Além deste, outros fatores como aleitamento materno, uso de anti-retrovirais, comportamento e nutrição maternos, obstétricos, fetais, placentários e imunológicos contribuem para a ocorrência da transmissão^{12,16}.

O primeiro grande estudo visando à redução da transmissão vertical foi realizado nos Estados Unidos e na França, em 1994, através da profilaxia com o uso de Zidovudina (AZT) para as mães na gestação, periparto e para o recém-nascido (PACTG 076). Nesta época, as taxas de transmissão vertical variavam entre 12% e 45%. A partir da profilaxia, observou-se decréscimo significativo das taxas de transmissão vertical do HIV, que caíram para aproximadamente 5% nos países que adotaram as medidas sugeridas.^{8,9,13,14,22}

No Brasil, as taxas registradas de transmissão vertical do HIV antes da introdução do protocolo 076 estavam em torno de 16%, passando a 8% após a introdução das medidas profiláticas^{19,20}. Estudo colaborativo brasileiro avaliou as taxas de transmissão vertical do HIV em todo o país: 8,6% foram registradas em 2000 e 7,3% em 2004¹⁷. A transmissão foi maior entre as mulheres que não tiveram assistência pré-natal, não receberam terapia anti-retroviral e entre aquelas que ofereceram leite materno aos seus bebês²⁰.

É definida como criança exposta toda criança nascida de mãe infectada pelo HIV, ou amamentada por mulher soropositiva⁶.

Visando reduzir as taxas de infecção por transmissão vertical, o Ministério da Saúde, através do último consenso 2103, recomenda o início do uso de TARV (terapia antiretroviral) na gestante a partir da 14^a semana de gestação; a utilização do AZT injetável peri-parto; a profilaxia com AZT solução oral para o recém-nascido nas primeiras quatro semanas de vida, cujas mães usaram ARV no pré-natal e periparto, com carga viral documentada < 1000 cp/ml no 3^o trimestre; e AZT solução (4 semanas) e Nevirapina oral (três doses) para os RNs cujas mães não utilizaram ARV durante a gestação, independente do uso de AZT peri-parto, ou que fizeram uso de ARV na gestação, mas apresentaram carga viral for desconhecida ou maior que 1000 cp/ml no 3^o trimestre; substituição do aleitamento materno por fórmula infantil e seguimento em serviço especializado para crianças expostas ao HIV^{6,15}.

Apesar das medidas instituídas nos últimos anos, observa-se uma estabilização das taxas de transmissão vertical em nosso país em níveis ainda indesejáveis⁴. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de descrever o perfil epidemiológico de crianças expostas ao HIV no período de 2011 até Julho de 2012 no Distrito Federal e conhecer as fragilidades na rotina de acompanhamento deste grupo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Os dados disponíveis foram coletados a partir da avaliação dos prontuários de crianças expostas ao HIV acompanhadas em serviço de referência do Distrito Federal e consulta à ficha de notificação de HIV/MS. Foi utilizado como instrumento de coleta e registro dos dados questionário em anexo, elaborado pelo próprio pesquisador. Não houve interferência na condução dos pacientes.

Foram incluídas no estudo todas as crianças expostas a transmissão vertical do HIV, nascidas no período de janeiro de 2011 a julho de 2012 e acompanhadas no Hospital Dia.

A população estudada foi constituída por 40 crianças, sendo 21 do gênero feminino e 19 do gênero masculino. Nove crianças abandonaram o seguimento, sendo inconclusivo o status sorológico ao final dos 18 meses.

Os dados foram consolidados com o software Microsoft Excel 2010, resultando em gráficos e tabelas de frequências. Não foi realizada análise estatística dos dados obtidos.

Foram revisadas ainda publicações nacionais e internacionais referentes ao tema estudado, que contribuíram para o atendimento do objetivo proposto. Base de dados utilizadas: pubmed, medline, pediatrics, uptodate, scielo.

3. RESULTADOS

O serviço de infectologia pediátrica oferecido pela Unidade Hospital Dia presta assistência especializada em HIV/Aids. Dentre seus pacientes, encontram-se gestantes soropositivas encaminhadas para atendimento pré-natal, crianças expostas ao vírus HIV durante a gestação, e paciente em tratamento para o HIV.

O nosso público alvo eram crianças nascidas de mães soropositivas no período de janeiro de 2011 a julho de 2012, totalizando 40 crianças. Destas, 21 (53%) eram do gênero feminino e 19 (47%) do gênero masculino. Dentre elas, nove crianças não prosseguiram com o acompanhamento oferecido pelo serviço de infectopediatria até o final do 18º mês de vida, prejudicando a definição do status sorológico. O recém-nascido de mãe soropositiva exposto, porém não infectado, é acompanhado pelo referido serviço idealmente até os 18 anos de idade.

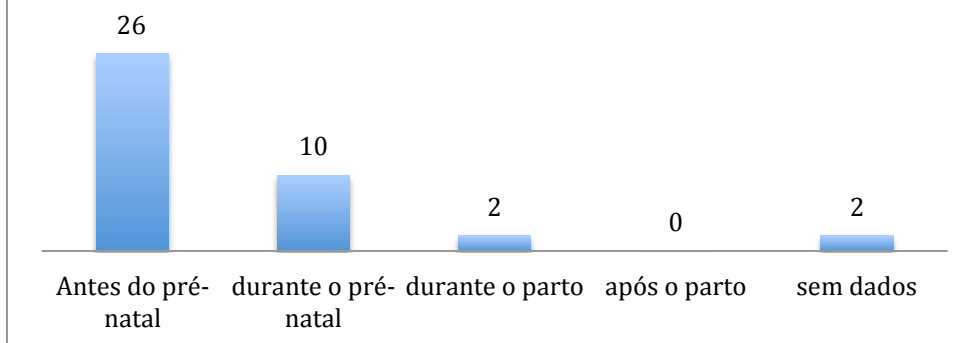
Os pacientes atendidos provenientes, em sua maioria, das cidades satélites (65%) e do entorno do Distrito Federal (22%), perfazendo ambas as regiões um total de 35 pacientes, representando 87,5%.

Quanto à idade materna, não foi possível determiná-la em dezessete casos, já que a ficha de notificação do Ministério da Saúde não continha este dado corretamente preenchido. Das 23 mães restantes, nota-se que a maioria delas (65,2%) se encontra na faixa dos 20 a 30 anos, conforme demonstrado abaixo.

Em relação a escolaridade materna, observou-se que 71% tinha no máximo onze anos de escolaridade, que é o equivalente ao ensino médio incompleto. De acordo com dados da literatura quanto menor o grau de escolaridade maior o percentual de infectados pelo HIV¹⁷.

O gráfico abaixo representa a distribuição das crianças expostas segundo o momento do diagnóstico materno, constatando que a maioria (68,4%) já tinha conhecimento da doença antes do pré-natal.

Gráfico 1 - Momento do Diagnóstico do HIV nas mães dos pacientes



Dentre as pesquisadas, 89% das gestantes realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal.

Com relação à profilaxia, a pesquisa demonstra que 77% das mães fizeram uso de ARV durante a gestação (gráfico 3). Quanto ao uso do ARV durante o parto, 77% utilizaram o medicamento (gráfico 8) contra 10% que não fizeram o uso. A maior totalidade (80%) da via de parto foi cesárea (gráfico 9). Já o uso de profilaxia oral no recém-nascido foi de 100% dos pesquisados.

Gráfico 2- Uso de ARV durante a gestação:

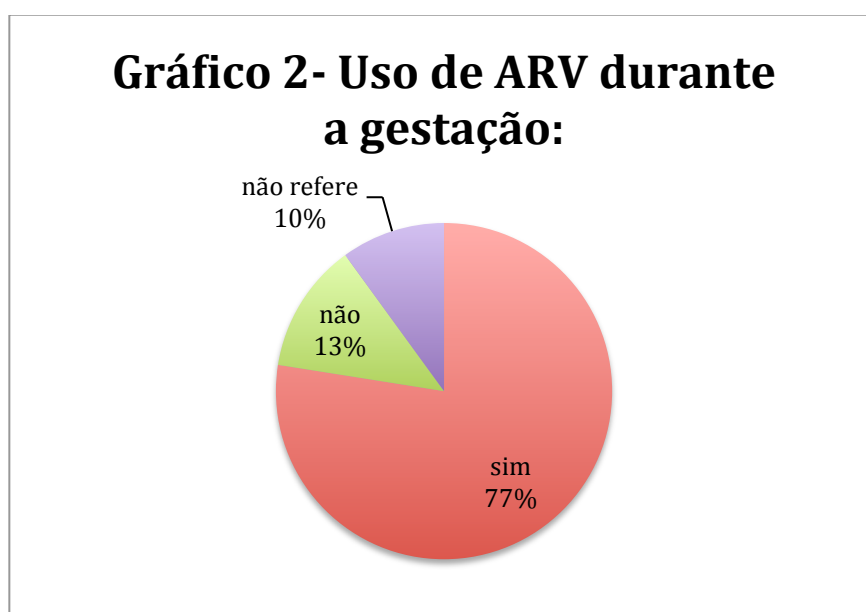


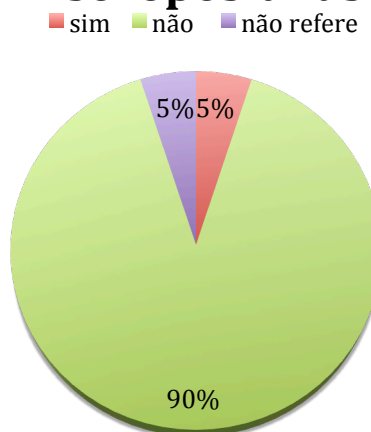
Gráfico 3 - Uso de ARV durante o parto:



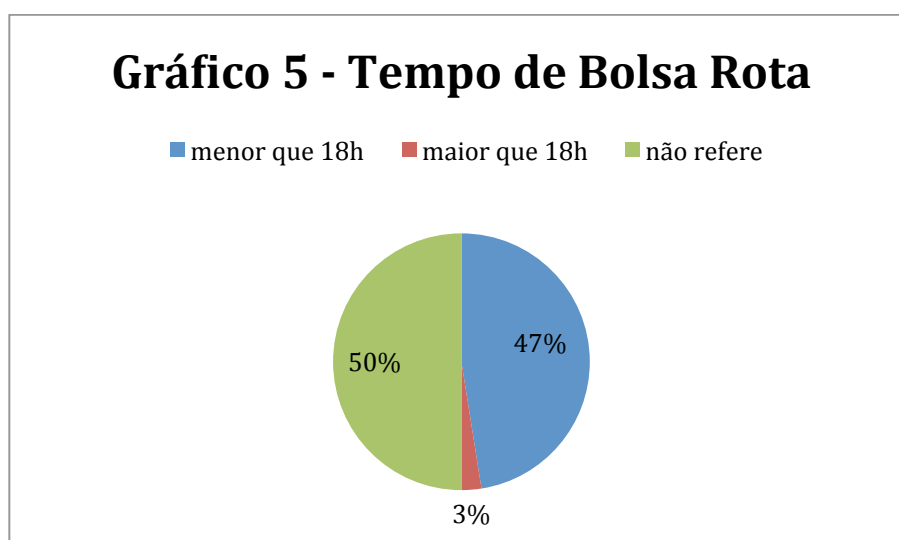
Em relação ao uso de drogas por parte da mãe, nota-se que grande parte dessa informação está omitida (58%) nos formulários do MS, e até mesmo dos prontuários da criança. Cerca de 10% referiram já terem feito uso de drogas ilícitas.

Conforme o gráfico abaixo (4) nota-se que a grande maioria (90%) das mães foram orientadas quanto à contraindicação da amamentação, uma das formas relevantes da transmissão vertical do HIV.

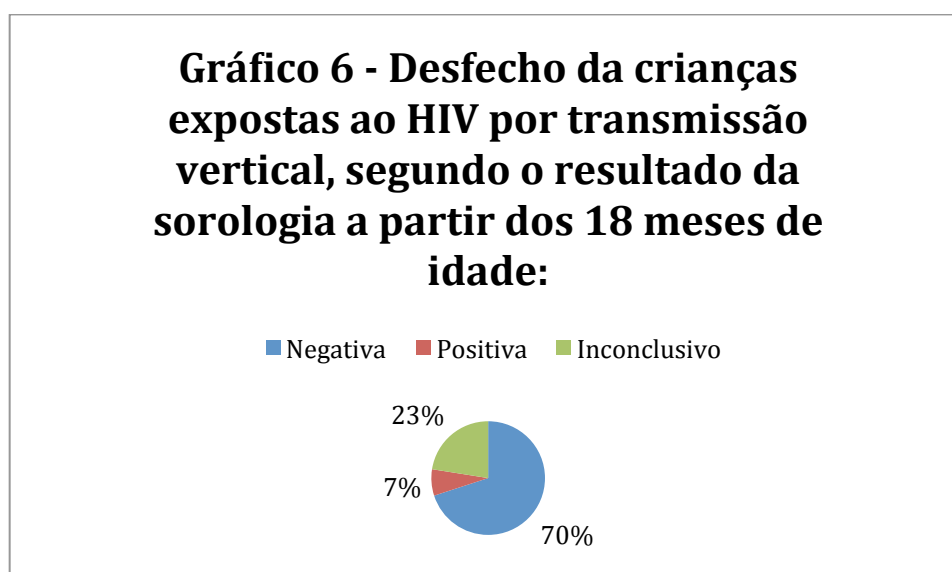
Gráfico 4 - Crianças amamentadas ao seio materno de mães soropositivas:



Considerando o tempo de bolsa rota, visualizamos no gráfico 5 que a metade dos prontuários não continha essa informação, prejudicando a análise deste dado. Uma minoria relatou tempo de bolsa rota acima de 18h (3%) o que favorece a transmissão vertical, uma vez que aumenta o contato do concepto com as secreções maternas.



Analisando o desfecho das crianças nascidas de mães soropositivas, observamos que 7% dos pacientes foram infectados pelo vírus da aids, e em 23% não foi possível determinar o diagnóstico devido ao não seguimento dos casos até a idade de 18 meses.



4. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Considerando-se a história da AIDS, também denominada SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, adquirida pelo vírus da Imunodeficiência Humana, HIV, cujos primeiros casos surgiram em meados de 1977/78, o perfil epidemiológico sofreu grandes mudanças.

No início a AIDS era restrita a grupos de risco, como homossexuais masculinos e bissexuais; porém com o passar dos anos, houve um deslocamento para a população heterossexual masculina e feminina. No Brasil, percebe-se a partir da década de 90, uma rápida feminização da AIDS, conseqüentemente mais crianças sendo afetadas e uma maior preocupação surge com a transmissão vertical (Galvão, 2000).

Atualmente (UNAIDS 2013) existem cerca de 35 milhões de pessoas vivendo com o vírus HIV no mundo, sendo que 3.3 milhões são crianças abaixo de 15 anos de idade. Globalmente, o HIV continua a ser a quinta principal causa de morte entre adultos e a principal causa de morte de mulheres entre 15 e 49 anos^{11,17}. A África Subsaariana é a região mais severamente afetada, com quase 1 em cada 20 adultos (4.9%) vivendo com o HIV, e contabilizando 69% das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo¹⁴. As mulheres respondem por 58% das pessoas vivendo com HIV nessa região.

No Brasil, segundo o último Boletim do MS – 2013, desde 1980 a junho de 2013 foram notificados 686.478 casos de aids, com um total de 265.698 óbitos, até dezembro de 2012, em todas as faixas etárias. No mesmo período, ocorreram 14.464 casos em menores de 5 anos e 4.435 em crianças entre 5 e 9 anos. Em 2012 estima-se que 12.177 gestantes eram HIV +, destas somente 58.3% foram notificadas, e a faixa etária predominante foi de 20 – 29 anos, idade materna predominante também em nossa pesquisa.

Desde 2002 houve um decréscimo importante dos casos de aids por transmissão vertical, porém nos últimos anos, verifica-se uma estabilização em patamares insatisfatórios, em torno de 475 casos/ano em menores de 5 anos de idade⁶.

Em 2011, a transmissão vertical foi a forma de exposição ao HIV em 93.8% dos menores de 13 anos de idade. Em menores de 5 anos ela é

responsável por aproximadamente 100% dos casos de aids⁶. Situação semelhante ao presente estudo.

A partir da implementação do Programa Nacional, hoje Departamento de DST/aids e hepatites virais, o Ministério da Saúde adotou a indicação da profilaxia da transmissão vertical para todas as gestantes soropositivas e recém-nascidos expostos ao HIV⁶. Esta rotina foi adotada após o primeiro estudo clínico que utilizou terapia antirretroviral (ARV) com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV, foi o Protocolo 076 do *Pediatrics Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076). Este foi um estudo randomizado, com placebo controlado, que utilizou um protocolo constituído de zidovudina (AZT) oral a partir da 14^a semana, com AZT endovenoso (EV) 4 horas antes do parto e AZT solução oral para o recém-nascido durante 6 semanas^{8,22}.

Esta intervenção reduziu a taxa de transmissão vertical do HIV em 67.5%. As taxas de transmissão vertical foram de 25% no grupo placebo e de 8.3% no grupo que recebeu a intervenção com AZT^{8,12}.

Em outros estudos, a longa duração da monoterapia com AZT, associada à carga viral materna elevada, determinou o desenvolvimento de mutações que conferem resistência à zidovudina^{1,7}.

Atualmente, recomenda-se o tratamento da gestante com esquema de três drogas, mostrando-se maior eficácia quanto a inibição da replicação viral e menor risco de resistência viral, em relação ao AZT em monoterapia ou mesmo em terapia dupla^{7,11,21}.

Na ausência de intervenções preventivas, 18-32%% das crianças nascidas de mães HIV positivas são infectadas, destas 15-25% ocorrem na gestação, 60% durante o trabalho de parto e no momento do parto e um risco acrescido de 7 a 20% por exposição ao aleitamento materno^{11,14}.

As taxas de transmissão vertical do HIV, que sem qualquer intervenção, até 1994 variavam de 12 a 42%, caíram significativamente, atingindo taxas inferiores a 2% nos países que, além de incorporar a terapia combinada, passaram a oferecer o aconselhamento e o teste para a pesquisa do HIV durante a assistência do pré-natal e contraindicar o aleitamento materno.¹⁴

Estudos brasileiros demonstraram que a taxa de infecção da transmissão vertical do HIV era de 16% em 1997, antes da introdução da

terapia antirretroviral, de 7% no ano de 2002, e, atualmente, alguns serviços já apresentam taxas próximas a 2%¹³.

No Brasil, o programa de acesso universal à terapia antirretroviral (TARV), à oferta do teste anti-HIV com aconselhamento durante a gestação, à possibilidade da monitorização da carga viral do HIV e da contagem de células CD4, assim como o acesso a serviços especializados tiveram grande impacto sobre a redução da transmissão vertical do HIV e sobre a qualidade de vida dos pacientes infectados^{3,13}.

Os fatores de risco relacionados a transmissão vertical são inúmeros, com destaque para: fatores virais, tais como a carga viral, o genótipo e o fenótipo viral; fatores maternos, como o estado clínico e imunológico, a presença de DST e outras coinfeções, bem como o estado nutricional; 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 a prematuridade e o baixo peso ao nascer; e o aleitamento materno^{3,12}.

Dentre estes, a carga viral materna elevada e o tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas são reconhecidos como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV^{12,20}.

Idealmente, o diagnóstico da infecção por HIV deveria ser realizado antes da gestação, pois possibilitaria planejar a gravidez para um momento no qual a infecção materna estivesse controlada¹⁰. Visualizamos em nossa análise que mais de 80% das mulheres fizeram pelo menos uma consulta pré-natal, refletindo os dados encontrados no Relatório Global sobre AIDS, 2012 (97,3%). Destacamos também, que a maior parte das crianças assistidas tiveram o diagnóstico materno realizado antes do pré-natal (68,4%).

Conforme o Novo protocolo de tratamento de adultos HIV+/ 2013, está recomendado o início de TARV para todas as gestantes, independentemente da presença de sintomas ou da contagem de LT-CD4+, além da manutenção da terapia antirretroviral após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início. O uso de ARV durante a gestação foi observado em 77% das gestantes analisadas em nosso estudo.

O estudo registra três casos (7%) de transmissão vertical do HIV confirmados através de sorologia aos 18 meses (gráfico 6), um quantitativo acima da média nacional (próxima a 2%). Destes casos, duas gestantes não realizaram o pré-natal, e não usaram antirretroviral profilático durante a gestação, e uma delas não fez AZT profilático durante o parto. Além disso, uma mãe fez uso de drogas ilícitas e relatou TBR prolongado, e uma amamentou. Observou-se porém que todas as crianças usaram AZT xarope após o nascimento.

Recomenda-se a adoção de medidas precoces para reduzir a carga viral para níveis indetectáveis antes que a mulher engravide. Além disso, neste caso, é importante melhorar as condições imunológicas, conhecer o status sorológico das mulheres frente às principais doenças infecciosas transmissíveis durante o ciclo gravídico-puerperal e realizar o diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Com o planejamento e o acompanhamento adequados, é possível que tal mulher tenha uma gestação com menor risco de transmissão vertical de quaisquer agravos^{3,5}.

Este estudo permitiu concluir que existem melhorias a serem realizadas no serviço prestado ao atendimento de crianças expostas ao HIV. Observou-se que os prontuários e fichas de notificações pesquisados não foram adequadamente preenchidos, com muitos campos em branco, dados incompletos ou não referidos. Além disso, nota-se uma necessidade de acompanhar e esclarecer os responsáveis sobre a importância do seguimento ambulatorial destas crianças expostas para que não haja abandono do mesmo.

Portanto, diante dos resultados observados, destaca-se a importância de se fazer o acompanhamento pré-natal em todas as suas etapas, incluindo-se aí a de captação de gestantes inseridas em contextos sociais de “risco”, e também aquelas que, por razões desconhecidas, abandonam tal seguimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AOKI, F. Y. *Infecções virais*. In: Page, C. P.; CURTIS, M.J.; SUTTER, M.C.; WALKER, M. J. A.; HOFFMAN, B. B. *Farmacologia Integrada*. São Paulo: Manole, 1999. p. 445-460.
- 2 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso*. 8^a. ed., Brasília, 2010.
- 3 BRASIL, Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, 2012.
- 4 BRASIL, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV-Aids*. Brasília, 2013.
- 5 BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, 2010.
- 6 BRASIL, Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes*. Brasília, 2013.
- 7 BRASIL, Ministério da Saúde. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes*, 2010.
- 8 CONNOR, E.M.; SPERLING R.S.; GERBER R.; et al. *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment*. Pediatric Aids Clinical Trial Group Protocol 076 Study Group, 1994.
- 9 COOPER, E.R.; CHARURAT, M.; MOFENSON, L.; et al. *Women and Infants Transmission Study Group. Combination anti-retroviral strategies for the treatment of pregnant HIV infected women and prevention of perinatal HIV transmission*, 2002.
- 10 DRAKE, A. L.; WAGNER, A.; RICHARDSON, B.; John-Stewart Incident, G. *HIV during Pregnancy and Postpartum and Risk of Mother-to-Child HIV Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis*. 2014.
- 11 ISHIKAWA, N.; SHIMBO, T.; MIYANO, S.; et al. *Health Outcomes and Cost Impact of the New WHO 2013 Guidelines on Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Zambia*, 2014.
- 12 JOHN, G. C.; KREISS, J. *Mother-to-Child Transmission of HIV-1*, 1996.

- 13 MATIDA, L.H.; MARCOPITO, L.F.; SUCCI, R.C.M.; et al. *Improving Survival among Brazilian Children with Perinatally-Acquired Aids*, 2004.
- 14 NESHEIM, S.; TAYLOR, A.; LAMPE, M.A.; et al. *A Framework for Elimination of Perinatal Transmission of HIV in the United States*, 2012.
- 15 NIELSEN-SAINES, K.; WATTS, H.; VELOSO, V. G.; et al. *Three Postpartum Antiretroviral Regimens to Prevent Intrapartum HIV Infection*. NEJM, 2012.
- 16 NISHIMOTO, T. M. I.; ELUF NETO, J.; ROZMAN, M. A. *Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus (HIV-1): evaluation of control measures in the city of Santos*. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, n. 1, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000100021>. Acessado em 25/04/2014.
- 17 Organização das Nações Unidas. *A ONU e a resposta à aids no Brasil*, 2012.
- 18 Organização Mundial da Saúde. UNAIDS: *Aids Epidemic Update*. New York, 2005.
- 19 RUBINI, N.P.M.; LEAL, D.W.C.; CORDOVIL, A.V.D.P.; et al. *Efficacy of therapeutic interventions to prevent mother to child HIV transmission in Rio de Janeiro, Brazil*. XIII International Aids Conference. Durban, South Africa, 2000.
- 20 SUCCI, MACHADO e GOUVEA. *Aids na Infância*, São Paulo, 2007. Succi, R.C.M.; Grupo de Estudo da SBP para avaliar a transmissão vertical do HIV. *Estudo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para avaliar as taxas de transmissão vertical do HIV*. 32º. Congresso Brasileiro de Pediatria. São Paulo, 2003.
- 21 The Kesho Bora Study Group. *Triple antiretroviral compared with zidovudine and single-dose nevirapine prophylaxis during pregnancy and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: a randomised controlled trial*, 2011.
- 22 The Working Group on Mother to Child Transmission of HIV. *Rates of mother-to-child transmission of HIV in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies*, 1995.

ANEXO I

Formulário de Coleta de Dados

Identificação da criança:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Gênero: Feminino () Masculino ()

Local de Nascimento: _____

Procedência: _____

Via de exposição: Vertical () () Outros

Data de admissão no serviço especializado (H. DIA): _____

Uso de profilaxia ARV oral no RN: () Sim () Não () Incompleto () Não refere

Antecedentes Neonatais (Dados Maternos)

Idade: _____

Histórico de uso de drogas ilícitas: () Sim () Não () Ignorado

Escolaridade (anos de estudo): () Nenhum () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 11
() 12 ou mais () Ignorado () Sem dados

Momento do Diagnóstico: () Antes do pré-natal () Durante o pré-natal
() Durante o parto () Após o parto
() Ignorado () Sem dados

Fez uso de ARV profilático/tratamento durante a gestação:
() Sim () Não () Incompleto () Não refere

Fez uso de ARV profilático durante o parto:
() Sim () Não () Não refere

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea

Fez pré-natal: () Sim () Não () Não refere

Aleitamento materno/materno cruzado: () Sim () Não () Não refere

Tempo de bolsa rota: () <18h () >18h () Não refere