

terizada. Apesar de sua freqüência e abrangência etária, o primeiro consenso em língua portuguesa ou inglesa elaborado sobre o assunto só deve sair como suplemento no próximo número da Revista Brasileira de Otorinolaringologia - RBORL 69(2).

**HENRIQUE OLIVAL COSTA**  
**OSMAR MESQUITA NETO**

## *Economia da Saúde*

### **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV: É MAIS CARO IDENTIFICAR DO QUE TRATAR A GESTANTE SOROPOSITIVA**

A transmissão materno-infantil do HIV tornou-se passível de prevenção desde 1994, quando foram publicados os resultados de um estudo multicêntrico, controlado, duplo-cego, com mulheres soropositivas (Connor 1994). Aquelas que receberam zidovudina (AZT) durante a gestação e o parto, e cujos recém-nascidos receberam zidovudina durante as seis primeiras semanas de vida, tiveram um risco de 8% de transmitir o HIV para seus filhos, enquanto que as que receberam placebo transmitiram o vírus em 25% dos casos. Medidas para prevenir a transmissão materno-infantil do HIV passaram a ser implementadas no Brasil desde 1996. Atualmente, as medidas recomendadas são: 1) todas as gestantes devem receber o oferecimento do teste para o HIV, independente de qualquer avaliação de risco; 2) as gestantes soropositivas devem receber AZT via oral, em três doses diárias de 200mg, a partir da 14ª semana até o final da gestação e, durante o trabalho de parto, AZT intra-venoso, na dose de 2mg/kg de peso na primeira hora e 1mg/kg/hora até o clampamento do cordão umbilical – em caso de cesárea programada, a infusão intravenosa deve começar três horas antes do início da cirurgia; 3) todos os recém-nascidos expostos ao HIV devem receber AZT via oral, na dose de 2mg/kg, quatro vezes ao dia, durante seis semanas. O aleitamento materno é contra-indicado. As gestantes que, pela evolução de sua condição clínica ou laboratorial, já

estão em uso de terapia anti-retroviral devem avaliar os riscos e benefícios da manutenção desta terapia, principalmente no primeiro trimestre da gravidez. As gestantes que não estão em uso de anti-retrovirais, mas que se apresentam sintomáticas ou com parâmetros laboratoriais muito alterados, devem considerar o uso de terapia combinada. A cesariana é recomendada para as gestantes com carga viral desconhecida ou 1.000 cópias/ml (Ministério da Saúde 2001).

#### **Comentário**

*Embora a preocupação com os custos dos medicamentos venha permeando as principais discussões a respeito dos custos de tratamento dos pacientes soropositivos para o HIV, esta não deve ser a preocupação central no caso da prevenção da transmissão materno-infantil. Estudo em andamento, realizado pela autora, vem demonstrar que os custos dos medicamentos representam aproximadamente 5% dos custos da prevenção, e que somente o rastreamento sorológico das gestantes representa cerca de 80% dos custos totais. Parte importante desses custos é devido as perdas e repetições desnecessárias dos testes. Com vistas ao uso eficiente dos recursos, é preciso estabelecer controles rígidos sobre os procedimentos laboratoriais que fazem parte da identificação da gestante soropositiva para o HIV.*

**ANA MARIA ARATANGY PLUCIENNIK**

#### Referências

1. Connor EM, Sperling RS, Gerber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.
2. Ministério da Saúde. Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília; 2001. (série manuais n.46).

## *Emergência e Medicina Intensiva*

### **O PAPEL DA VENTILAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA OSCILATÓRIA (VAFO) NO PERÍODO NEONATAL**

A ventilação mandatória intermitente (IMV) aliada às novas tecnologias de monitoração e ao uso de surfactante exógeno e

óxido nítrico tem diminuído a mortalidade de recém-nascidos (RN) com insuficiência respiratória, aumentando a sobrevida de neonatos cada vez mais imaturos. Apesar de frequentemente salvadora, a IMV está associada a diversas complicações decorrentes do baro/volutrauma, como a síndrome de escape de ar e a displasia broncopulmonar (DBP). Tais fatos têm conduzido as pesquisas na busca de estratégias ventilatórias que provoquem menos lesões pulmonares, principalmente no pulmão imaturo. Dentro desse espírito, insere-se a VAFO, que opera com freqüências respiratórias entre 600 a 800 ciclos por minuto e volumes correntes próximos ou abaixo do volume do espaço morto anatômico.

As vantagens da VAFO sobre a ventilação convencional foram comprovadas em pesquisas empregando modelos experimentais. O uso da VAFO resultou em insuflação pulmonar mais homogênea, melhor oxigenação e menor intensidade da lesão pulmonar. Tais fatos criaram a expectativa de que essa modalidade ventilatória, quando instituída precocemente no curso da insuficiência respiratória do RN, poderia prevenir ou reduzir a DBP, melhorando, assim, o prognóstico desses pacientes<sup>1,2</sup>. A revisão sistemática dos estudos clínicos controlados que avaliaram a eficácia do uso eletivo da VAFO em modificar a evolução clínica dos RN pré-termos portadores de síndrome do desconforto respiratório não comprovou claramente essa tese<sup>3</sup>. Observou-se uma pequena vantagem da VAFO sobre a IMV em reduzir a incidência de DBP. Entretanto, a VAFO não alterou a mortalidade e, além disso, observou-se uma tendência ao aumento de complicações neurológicas, como hemorragia intraventricular e leucomalácia periventricular, nos pacientes que receberam essa modalidade ventilatória.

Baseado na falta de evidências conclusivas de que a VAFO seja superior à convencional como modo primário de assistência respiratória e da possível associação dessa modalidade com complicações neurológicas, no momento, acreditamos que esta técnica deva ser reservada somente para os casos de falha da ventilação convencional como estratégia de resgate. Ou seja, recomenda-se a instituição da VAFO quando o índice de oxigenação  $[IO = \text{pressão média de vias aéreas} \times \text{FiO}_2 / \text{PaO}_2]$