



MEDIDAS PROFILÁTICAS PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV NO BRASIL: ESTUDO INFORMATIVO

PROPHYLACTIC MEASURES FOR THE REDUCTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV IN BRAZIL: INFORMATIVE STUDY

MEDIDAS PROFILÁCTICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN BRASIL: ESTUDIO INFORMATIVO

Camila Fernandes da Silva Carvalho¹, Richardson Augusto Rosendo da Silva²

RESUMO

Objetivo: informar acerca das medidas profiláticas que permitem a erradicação do HIV em crianças por transmissão materno-fetal, preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. **Método:** estudo informativo sobre as medidas de prevenção do Brasil contra a transmissão vertical do HIV. Dados obtidos por meio de artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, Scopus e Web of Science bem como manuais do Ministério da Saúde foram consultados. Os achados foram lidos, analisados e descritos analiticamente. **Resultados:** foi observado que o Brasil possui diretrizes eficazes que permitem a erradicação da transmissão vertical desde a educação sexual e planejamento familiar até o seguimento da criança exposta ao HIV. **Conclusão:** deve ser promovida a capacitação dos profissionais que atuam diretamente com a assistência e gerência em saúde quanto às medidas profiláticas instituídas. **Descritores:** Enfermagem Materno-Infantil; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; HIV.

ABSTRACT

Objective: to inform about the prophylactic measures that enable the eradication of HIV in children by maternal-fetal transmission, proposed by the Ministry of Health of Brazil. **Method:** it is an informative study about Brazil's prevention measures against mother-to-child transmission of HIV. Data obtained through articles in the databases LILACS, MEDLINE, Scopus and Web of Science as well as manuals of the Ministry of Health has been consulted. The findings were read, analyzed and described analytically. **Results:** it was observed that Brazil has effective guidelines that allow the elimination of mother-to-child transmission from sex education and family planning until the follow-up of children exposed to HIV. **Conclusion:** it should be promoted the training of professionals who work directly with the assistance and management in health prophylactic measures imposed. **Descriptors:** Maternal-Child Nursing; Vertical transmission of Infectious Disease; HIV.

RESUMEN

Objetivo: informar acerca de las medidas profiláticas que permiten la erradicación del VIH en niños por transmisión materno-fetal, preconizadas por el Ministerio de Salud de Brasil. **Método:** estudio informativo sobre las medidas de prevención de Brasil contra la transmisión vertical del VIH. Datos obtenidos por medio de artículos en las bases de datos LILACS, MEDLINE, Scopus y Web of Science así como manuales del Ministerio de Salud fueron consultados. Los hallados fueron leídos, analizados y descritos analíticamente. **Resultados:** fue observado que Brasil posee directrices eficaces que permiten la erradicación de la transmisión vertical desde la educación sexual y planeamiento familiar hasta el seguimiento del niño expuesto al VIH. **Conclusión:** debe ser promovida la capacitación de los profesionales que actúan directamente con la asistencia y gerencia en salud cuanto a las medidas profiláticas instituídas. **Palabras claves:** Enfermería Materno-Infantil; Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; VIH.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: camilafscarvalho@gmail.com; ²Enfermeiro, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: riroendo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus da família *Lentivirinae*, responsável pela maior pandemia das últimas quatro décadas. O tropismo dos vírus HIV-1 e HIV-2 pelas células do sistema imunológico, em destaque as células T CD4+, permite a depleção desses linfócitos e consequentemente a imunossupressão do organismo.¹

O grupo de risco a essa infecção é toda e qualquer pessoa exposta às formas de transmissão do HIV, especialmente os mais susceptíveis a infecção ou ao adoecimento por exposição, condição socioeconômica, nível educacional, dentre outros parâmetros. Além disso, assumiu nova caracterização, com a pauperização, heterossexualização e feminização da doença.²⁻⁴

Estima-se que 33 milhões de pessoas são portadoras do vírus HIV no mundo, enquanto no Brasil, a taxa de incidência em 2011 foi 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. No âmbito brasileiro, as primeiras notificações de mulheres soropositivas surgiram no ano de 1985 e, desde então, a incidência aumentou até tornar-se igualada com a do sexo masculino, em torno de 1,5:1. Até 2011, foram notificados 14.388 casos de mulheres soropositivas no Brasil.^{3,5}

O perfil da mulher soropositiva brasileira corresponde à tendência mundial supracitada. Sua vulnerabilidade se encerra na confiança do relacionamento estável e na imposição sexual masculina dentre a qual exclui o uso do preservativo. A vulnerabilidade se estende àquelas que são vítimas de violência doméstica e sexual.^{3,6-7}

A faixa etária de mulheres acometidas pela infecção corresponde sua idade reprodutiva, culminando em risco para a transmissão vertical do vírus (TV), via responsável por 84% das infecções pediátricas por HIV no Brasil na qual pode ocorrer durante o período intrauterino, em especial no terceiro trimestre (35%), durante o trabalho de parto (65%) e pela amamentação (7-22%). Fatores virais, maternos, obstétricos, pós-natais e do próprio recém-nascido podem interferir de forma associada na TV durante o ciclo gravídico-puerperal.^{3,8-9}

Perante o risco iminente de transmissão materno-infantil, o Ministério da Saúde implementou medidas para serem inseridas em toda rede de saúde, exigindo o envolvimento das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Quando as condutas são tomadas segundo preconiza o Ministério da Saúde, ocorre uma redução

significativa da taxa de transmissão vertical do HIV estimada de 25% para 1% ou 2% de risco.¹⁰ Diante dessa premissa, objetivou-se investigar, na literatura científica, as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto à prevenção da Transmissão Vertical de HIV no Brasil e sua implementação.

O Ministério da Saúde, em seu Plano para Redução da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis no Brasil, propôs ações a serem realizadas nos atendimentos pré-natais e nas maternidades. Tais medidas estão de acordo com as recomendações internacionais e coloca o Brasil como referência no combate à transmissão materno-infantil de HIV. O plano atende ao Pacto pela Saúde, instituído em 2006, como forma de reduzir a mortalidade materna e infantil.¹⁰⁻²

O plano constitui em: Educação sexual e orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/AIDS de forma dialogada com troca de conhecimentos entre profissional e usuária; Oferta do teste Anti-HIV a toda gestante que apresentar sorologia desconhecida, acompanhado do aconselhamento; Início da Terapia Antirretroviral a gestantes soropositivas desde a 14ª semana de gestação sob acompanhamento do profissional de saúde e uso do medicamento injetável no intraparto; Realização do parto cesariano eletivo em pacientes a partir da 34ª semana com carga viral > 1000 cópias/mL ou indetectável; Coibição da lactação materna de forma mecânica ou hormonal, substituindo a amamentação pela fórmula infantil; Indicação do uso do medicamento profilático oral ao recém-nascido exposto ao HIV até a 6ª semana e acompanhamento pelos exames específicos até os 18 meses.^{11,13-4}

O ponto de partida da profilaxia contra a TV consiste na educação sexual e no planejamento familiar que são essenciais para a prevenção de infecção por DST/HIV/AIDS, orientação para a realização de gravidez planejada e, no caso de sorologia positiva para HIV entre o casal, desenvolvimento de estratégias para que a gravidez ocorra de forma segura e saudável. A prevenção contra a transmissão vertical inicia-se na troca de conhecimento, respeitando a subjetividade da mulher, os aspectos familiares, culturais e sociais a qual está imersa. Nesse cenário, é importante ser ressaltado a importância dos direitos reprodutivos.¹⁴⁻⁵

Nos últimos anos, os casais soroconcordantes ou discordantes tornaram-se mais confiantes com os métodos profiláticos para conter a transmissão vertical, em

destaque a evolução dos antirretrovirais, aumentando sua expectativa de ter filhos. Esses avanços permitiram as mulheres realizarem seu desejo de ser mãe e constituir uma família obedecendo ao curso da sua natureza. Assim, a condição sorológica não é mais vista como um empecilho.¹⁶⁻⁷

O profissional de saúde deve trabalhar para que o companheiro e a família recebam aconselhamento quando estão cientes da sorologia de forma que possam apoiá-la, pois é comprovado que o suporte familiar torna menos sofrível o enfrentamento da doença, dá força à mulher a enfrentar a discriminação da sociedade e esta adere melhor ao tratamento. Para isso, a família também precisa ser informada sobre a doença, se despir do preconceito de forma que não se afaste da portadora do vírus quanto mais precisar do seio familiar. A mãe e o companheiro são peças fundamentais para o enfrentamento da mulher quanto à doença e por isso devem ser incentivados a estarem ao seu lado.¹⁸

Além disso, é necessário se atentar às mulheres soropositivas que desejam engravidar, porque requer algumas adaptações a serem realizadas antes da gravidez. Observa-se, por exemplo, o antirretroviral utilizado pela cliente, pois certos fármacos são potenciais teratogênicos. Ademais, espera-se que a contagem de linfócitos CD4+ esteja sob controle em nível indetectável de forma a reduzir possível transmissão materno-fetal. Portanto, torna-se importante a captação precoce dessas mulheres para realizar o planejamento familiar especializado a essa condição.^{9,11}

Quando as mulheres tornam-se gestantes, são encaminhadas ao pré-natal, onde é acompanhada a evolução das suas gravidezes até os dias que antecedem o parto. Uma vez confirmada a soropositividade para o HIV, iniciam-se as medidas profiláticas e educativas que diminuem a exposição do feto ao vírus. Por esse motivo, é eminente realizar a captação precoce (antes da 16ª semana) e busca ativa dessas gestantes para iniciar precocemente os testes de rotina e de Anti-HIV, além da detecção de possíveis problemas que podem acarretar em prejuízos à mãe e/ou feto.^{15,19-21}

Na primeira consulta pré-natal, é importante o oferecimento do teste Anti-HIV à mulher com sorologia desconhecida, na qual esta tem o direito de aceitar ou negar a realização do teste. A diferença dispensada, para esse exame, se aplica no sentido de ser estimulado, em primeira instância, o pré-aconselhamento no qual o profissional de saúde aborda em linguagem compreensível

sobre o que é HIV/AIDS, formas de transmissão, inclusive a TV e os riscos que mãe e filho correm com a infecção. Desta forma, promove a educação sexual com intercâmbio de ideias entre profissional e usuário, desenvolvendo a conscientização e o seu autocuidado. Munida do conhecimento adquirido e das dúvidas supridas, a mulher estará apta a escolher por conta própria a realização do teste anti-HIV.^{14-5,22}

O aconselhamento também deve ocorrer após os testes de acordo com o diagnóstico. Se o resultado for negativo, são intensificadas, no pós-aconselhamento, as medidas que devem ser tomadas para evitar a exposição de risco e o reforço sobre essa infecção, além de serem esclarecidas suas dúvidas. Caso o resultado seja positivo, o aconselhamento se volta à elucidação sobre as medidas a serem tomadas para o controle da infecção e prevenção de Transmissão Vertical e apoio emocional de forma que a mulher tenha autonomia sobre seu próprio corpo e que adira a profilaxia e tratamento.^{14,22}

O resultado do teste anti-HIV da gestante necessita retornar em tempo hábil para iniciar precocemente as medidas profiláticas caso seja positivado. Para isso, é importante que o sistema de referência e contrarreferência com os laboratórios estejam funcionando adequadamente para atingir esses objetivos e a sorologia devidamente registrada no cartão de pré-natal e nos demais documentos necessários, como a ficha de notificação nos casos positivos.^{9,16}

Ao detectar a infecção na gestante, o profissional atenta-se a captar o parceiro às consultas para submeter-se também ao teste de sua sorologia, haja vista que ele pode ter infectado a sua companheira ou é soronegativo exposto ao risco de infecção. O enfermeiro, que está capacitado a lidar com a família, pode ser intermediário nessa conversa, realizando o aconselhamento pré-teste e pós-teste e a lidar com a grande carga emocional que recai sobre os envolvidos.^{16,23}

Uma vez confirmada à sorologia da gestante, inicia-se o esquema terapêutico antirretroviral adaptado para cada situação de saúde. Historicamente, a sua introdução se iniciou como monoterapia e, com o avanço dos estudos nessa área, culminou na terapia com combinação de três antirretrovirais pertencentes a duas classes diferentes, denominado HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*). O esquema antirretroviral foi baseado a partir do resultado do trabalho desenvolvido em parceria entre Estados Unidos e França: O ACTG 076 (*AIDS Clinical Trials Group*) e é

distribuído gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde.^{9,11,24}

A gestante sabidamente soropositiva cumpriria mais do que as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde por ser considerada de alto-risco. O acompanhamento deve ser feito de forma criteriosa a fim de que as medidas preventivas sejam cumpridas pela gestante e a esta esteja ciente dos problemas advindos do HIV para ela e seu filho. Em outras palavras, o pré-natal realizado de forma correta e atenciosa permite a diminuição da taxa de Transmissão Vertical e diminui a morbidade e a mortalidade materna e infantil no país.^{20,24-5}

Recomenda-se a oferta do teste quando a mulher alcança o último trimestre de gestação, pois a sua omissão pode ocasionar em quebra do rastreamento da infecção pelo HIV pela possibilidade do primeiro resultado estar em período de janela imunológica e a soroconversão ocorrer posteriormente, ou mesmo ela ser infectada durante a gestação.^{21,26-8}

Por fim, quando a mulher em trabalho de parto é admitida nas maternidades, podemos adotar medidas que dão continuidade ao seguimento profilático durante sua permanência no local. Existem possibilidades de educação e prevenção, nesses serviços de saúde, ao promoverem esclarecimentos sobre o HIV e a Sífilis às parturientes, o uso do cartão de pré-natal como meio de se informar sobre o progresso da gestação no acolhimento dessas mulheres e o próprio aconselhamento antes e depois do teste rápido.²²

A parturiente, que porventura não realizou o teste anti-HIV ou não recebeu o resultado a tempo, deve ser submetida ao teste rápido quando admitida na maternidade. Esse teste também deve ser acompanhado do pré e pós-aconselhamento adaptado à situação visto que a mulher encontra-se em trabalho de parto.^{20,22,28}

Ao iniciar o trabalho de parto, o antirretroviral intravenoso deve ser administrado como reforço à profilaxia, pois nesse momento a exposição do feto é maior e deve ocorrer no início do trabalho de parto (ou três horas antes do parto cesariano) até o clampeamento do cordão umbilical, o qual se realizará imediatamente e sem ordenha.^{9,11,19-20}

Em relação às vias de parto, a partir da 34ª semana de gestação, recomenda-se a avaliação obstétrica e carga viral da mulher para chegar ao consenso quanto à melhor via de parto. Como já explanado anteriormente, o resultado inferior a 1000 cópias/mL ou desconhecido favorece a via vaginal, cabendo

à avaliação obstétrica e em comum acordo com a cliente, levando em consideração a necessidade de avaliar riscos e benefícios à mulher e à criança.⁹

A via cesariana é realizada em torno da 38ª semana de gestação em mulheres com carga viral elevada comprovada e membranas corioamnióticas íntegras ou que esteja na fase inicial do trabalho de parto com dilatação cervical em torno de três centímetros com as membranas íntegras, ou rotas em menos de 4 horas, pois após esse período a exposição do feto ao vírus aumenta consideravelmente.⁹

É necessário lembrar que, as vias de parto por si só não refletem maior ou menor segurança quanto a possível transmissão vertical porque existem outros fatores que interferem como uso do fórceps, o excesso de exame de toque vaginal, a episiotomia, o uso da ocitocina, as contrações uterinas, a ruptura das membranas, o status imunológico e viral da parturiente e o estado nutricional da mulher. Além disso, questiona se a cesárea realmente deveria ser um método preventivo haja vista que a quimioprofilaxia já reduz a probabilidade de infecção durante o parto.^{11,20}

O puerpério também é marcado por medidas de profilaxia para diminuir a exposição do recém-nascido ao vírus. O aleitamento materno é coibido utilizando-se de medidas mecânicas (enfaixamento das mamas, por 10 dias sem estimulação) e hormonais (medidas farmacológicas para diminuir a produção do leite). Essas medidas podem ser utilizadas de forma combinada ou não, cada qual com seus benefícios e malefícios.^{20,25}

A inibição mecânica é incômoda, dolorosa e, quando mal administrada, pode causar consequências, tais como: empedramento do leite no seio, febre, dor, além de deformar a visão do seu corpo, desencadeando problemas emocionais como repúdio e rejeição. O uso da inibição farmacológica se mostra contraditória na literatura, apresentando relatos de significativas reações adversas a raros efeitos colaterais, necessitando de estudos mais esclarecedores.^{9, 29} Assim, como o aleitamento materno está suprimido, a alimentação do lactente exposto ao HIV ocorrerá com a fórmula infantil a qual deve ser distribuída gratuitamente pelas unidades de saúde até os seis meses de idade da criança. O enfermeiro tem papel fundamental em instruir sobre a necessidade de utilizar a fórmula a qual irá suprir as necessidades da criança, protegendo-a do vírus HIV via amamentação.⁹

O recém-nascido deve ser referenciado para o centro especializado no qual realizará exames específicos para avaliação de possível

infecção. Esse período demanda tempo haja vista que o recém-nascido apresenta por determinado tempo linfócitos herdados da mãe. Entrementes, a criança deve utilizar a terapia antirretroviral via oral nas primeiras 24 horas após o parto até a sexta semana de vida e se alimentar com a fórmula infantil.^{13,25}

Podemos inferir que, as etapas profiláticas do Plano para Redução da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis são bem delineadas e abarcam a interdisciplinaridade e a interação entre os serviços de todos os níveis de complexidade para que se obtenha o sucesso da profilaxia. Para isso, exige não só a aderência da mulher soropositiva, mas também o comprometimento dos profissionais e dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde, que estão presentes tanto na gerência como na assistência, devem ser sensibilizados e capacitados para prestar melhor qualidade no acompanhamento das gestantes e puérperas soropositivas e seus filhos. A enfermagem, particularmente, deve melhor se posicionar frente a essas medidas preventivas, pois possui papel decisivo na redução da TV, haja vista sua maior proximidade para com essas mulheres durante a sua assistência por todo seguimento, o que permite detectar os entraves e solucioná-los junto à equipe multiprofissional.

Conclui-se que, o Brasil apresenta medidas profiláticas que permitem a erradicação do HIV em crianças por transmissão materno-fetal. Esse trabalho depende do comprometimento de todos os envolvidos para que, embasados em evidências científicas, aperfeiçoem cada vez mais a educação e prevenção das gestantes brasileiras diante de uma das mais importantes pandemias atuais.

REFERÊNCIAS

1. Murray PR, Rosenthal KS, Pfäuer MA. Microbiologia médica. 5th ed. Madrid: Elsevier; 2006.
2. Barbosa RM, Bezerra AK. Validação de um vídeo educativo para promoção do apego entre soropositiva para HIV e seu filho. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 Mar/Apr [cited 2012 June 30];64(2):328-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a17v64n2.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR) Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2009.
4. Lúcio IML, Bastos MLA, Veríssimo RCSS, Lopes MLC, Ferreira FAS. Analysis of studies with a focus on counseling and testing centers for HIV: characteristics and contributions. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 July 3];6(2):444-53. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2270>
5. Ministério da Saúde (BR) Boletim Epidemiológico AIDS/DST - versão preliminar. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2012.
6. Sousa MCP, Santo ACGE, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro de periferia de Teresina, Piauí, Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2008 Apr/June [cited 2012 July 03];17(2):58-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/07.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2007.
8. Lopes, DSV. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV em fortaleza, 2002 a 2005 [dissertation]. Fortaleza: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
9. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Plano operacional: Redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2007.
11. Amaral E, Assis-Gomes F, Milanez H, Cecatti JG, Vilela MM, Silva JLP. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2007 June [cited 2012 May 8];21(6):357-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpsp/v21n6/03.pdf>
12. Matida LH, Santos NJS, Ramos Jr AN, Gianna MC, Silva MH, Domingues CSB, et al. Eliminating Vertical Transmission of HIV in São Paulo, Brazil: Progress and Challenges. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2011 Aug [cited 2012 July 3];57(Suppl 3):S164-170. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21857313>
13. Araújo LM, Nogueira LT. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. Rev bras enferm [Internet]. 2007 July-Aug. [cited 2012 May 13];60(4):396-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a07.pdf>
14. Mandú ENT, Dióz M. Percepções de grávidas em torno da prevenção da contaminação do HIV e de sua transmissão vertical. Ciênc cuid Saúde [Internet] 2006 Sept/Dec [cited 2012 July 3];5(3):344-54. Available from:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5036/3257>

15. Lana FCF; Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 July/Aug [cited 2012 May 8];63(4):587-94. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/14.pdf>

16. Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALP et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2006 July/Sept [cited 2011 Apr 9];6(3):329-34. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31904.pdf>

17. Monticelli M, Santos EKA, Erdmann AL. Ser-mãe HIV-positivo: significados para mulheres HIV positivo e para a Enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 July/Sept [cited 2011 Mar 2011];20(3):291-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n3/a08v20n3.pdf>

18. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2011 July 22];13(2):359-65. Available from:

http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2015.pdf

19. Farias JPQ, Franco A, Santos KP, Dourado I, Galvão-Castro B. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2008 Mar. [cited 2012 May 13];30(3):135-41. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n3/3197.pdf>

20. Lima CTD, Oliveira DR, Rocha EG, Pereira MLD. Manejo clínico da gestante com HIV positivo nas maternidades de referência da região do Cariri. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2012 July 3];14(3):468-476. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a06.pdf>

21. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 Oct [cited 2012 July 3];42(5):851-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6547.pdf>

22. Macêdo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 Aug [cited 2012 May 8];25(8):1679-92. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/04.pdf>

23. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(9):5611-6, set., 2013

HIV/AIDS. Rev Bras Enferm. Internet]. 2010 May/July [cited 2012 Mar 11];63(3):371-6. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf>

24. Calvet GA, João EC, Nielsen-Saines K, Cunha CB, Menezes JA, d'Ippolito MM, et al. Trends in a Cohort of HIV-infected Pregnant Women in Rio de Janeiro, 1996-2004. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2007 Setp [cited 2012 May 13];10(3):323-37. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/03.pdf>

25. Torres SR, Luz AMH. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2007 Dec [cited 2012 June 30];28(4):505-11. Available from:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3111/1717>

26. Zimmermann JB, Neves HS, Souza PB, Pena DMF, Pereira MP, Nunes TR et al. Rastreamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 Apr [cited 2012 Mar 11];33(4):170-5. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n4/a04v33n4.pdf>

27. Fernandes RCSC, Ribas GF, Silva DP, Gomes AM, Medina-Acosta E. Persistent operational challenges lead to non-reduction in maternal-infant transmission of HIV. J Pediatr (Rio J.) [Internet]. 2010 Nov/Dec [cited 2012 June 30];86(6):503-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n6/v86n6a10.pdf>

28. Santos EM, Reis AC, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2012 May 8];19(3):257-269. Available from:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n3/v19n3a08.pdf>

29. Moreno CCGS, Rea MF, Filipe EV. Mães HIV positivo e a não-amamentação. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant [Internet]. 2006 Apr/June [cited 2011 May 8];6(2):199-208. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30917.pdf>

Submissão: 07/04/2013

Aceito: 11/06/2013

Publicado: 01/09/2013

Correspondência

Richardson Augusto Rosendo da Silva
Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. s/n Bairro- Lagoa Nova,
CEP: 59072-970 – Natal (RN), Brasil