



GESTANTES HIV POSITIVAS E OS FATORES DE RISCO RELACIONADOS À TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

HIV POSITIVE PREGNANCIES AND THE RISK FACTORS RELATED TO HIV VERTICAL TRANSMISSION

MUJERES EMBARAZADAS VIH POSITIVO Y LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Bruna Lígia Ferreira Almeida Barbosa¹, Ana Karina Marques², Janaina Valadares Guimarães³

RESUMO

Objetivo: determinar as características sociodemográficas de gestantes infectadas pelo HIV relacionadas ao risco de transmissão vertical do HIV. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, em que foram analisados 323 prontuários de gestantes HIV positivo que realizaram o parto em uma maternidade pública. Os dados foram analisados pelo programa eletrônico SigmaStat®, versão 2.0. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente a partir de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. As proporções foram comparadas pelo teste do χ^2 , acompanhado do teste exato de Fisher. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** verificaram-se situações que contrariam as recomendações do Ministério da Saúde: 54,5% das gestantes realizaram menos de seis consultas pré-natal; 87% praticaram sexo desprotegido durante a gestação; 71,2% realizaram a primeira consulta pré-natal somente após o primeiro trimestre. **Conclusão:** foi obtido o diagnóstico quantitativo acerca dos riscos de exposição sofrido pelas gestantes, facilitando um planejamento assertivo em relação aos aspectos que ainda são falhos e que aumentam as chances da transmissão vertical do HIV. **Descritores:** HIV; Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas; Controle de Doenças Transmissíveis; Gestantes.

ABSTRACT

Objective: to determine the socio-demographic characteristics of pregnant women infected with HIV related to the risk of vertical HIV transmission. **Method:** a descriptive and quantitative study, in which 323 records of HIV positive pregnant women who were delivered at a public maternity hospital were analyzed. The data was analyzed by the electronic program, SigmaStat®, version 2.0. Quantitative data was analyzed descriptively from frequency distribution, means and standard deviation. The proportions were compared by the χ^2 test, accompanied by Fisher's exact test. Statistically significant differences were found in which p was less than 5% ($p < 0.05$). **Results:** there were situations that contradicted the recommendations of the Ministry of Health: 54.5% of the pregnant women performed less than six prenatal consultations; 87% had unprotected sex during pregnancy; 71.2% performed the first prenatal visit only after the first trimester. **Conclusion:** a quantitative diagnosis was obtained about the risks of exposure experienced by pregnant women, facilitating assertive planning in relation to aspects that are still flawed and that increase the chances of vertical HIV transmission. **Descriptors:** HIV; Infectious Disease Transmission, Vertical; Communicable Disease Control; Pregnant Women. in relation to aspects that are still flawed and that increase the chances of vertical HIV transmission. **Descriptors:** HIV; Infectious Disease Transmission, Vertical; Communicable Disease Control; Pregnant Women.

RESUMEN

Objetivo: determinar las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH relacionandas al riesgo de transmisión vertical del VIH. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, en que fueron analizados 323 prontuarios de las mujeres embarazadas VIH positivo, que realizaron el parto en una maternidad pública. Los datos fueron analizados por el programa electrónico SigmaStat®, versión 2.0. Los datos cuantitativos se analizaron de forma descriptiva a partir de la distribución de frecuencias, medias y desviaciones padronizadas. Las proporciones fueron comparadas por la prueba del χ^2 , acompañado de la prueba exacta de Fisher. Se consideraron estadísticamente significativas las diferencias en que p fue menor que 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** se verificaron situaciones que contrarresta las recomendaciones del Ministerio de Salud: 54,5% de las mujeres embarazadas realizaron menos de seis consultas prenatales, el 87% practicaron sexo desprotegido durante la gestación; el 71,2% realizaron la primera consulta prenatal sólo después del primer trimestre. **Conclusión:** se obtuvo el diagnóstico cuantitativo acerca de los riesgos de exposición sufridos por las mujeres embarazadas, facilitando una planificación asertiva en relación a los aspectos que aún son fallidos y que aumentan las posibilidades de la transmisión vertical del VIH. **Descriptor:** VIH; Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; Control de Enfermedades Transmisibles; Mujeres Embarazadas.

¹Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo/PPGSC/UFES. Vitória (ES), Brasil. E-mail: brunalfalmeida@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora (Pós Doutora), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás FEN/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: anasalge@gmail.com; ³Enfermeira. Professora Doutora. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás FEN/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: valadaresjanaina@gmail.com

INTRODUÇÃO

Diante da feminização da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), evidencia-se que grande parte das mulheres infectadas se encontram em idade fértil. Nesse sentido, ressalta-se a relevância da gestação no contexto do HIV, a qual há o iminente risco de transmissão vertical (TV). Destaca-se que a TV é a principal via de infecção do HIV na população infantil.¹

No Brasil, a prevalência de infecção por HIV em gestantes foi estimada em 0,4% entre 2011 e 2012. A taxa de detecção da infecção pelo vírus HIV tem sofrido aumento, passando de 2,0 casos/mil nascidos vivos (mil NV) em 2004, para 2,5 casos/mil NV, em 2013. Esta tendência crescente vem sendo observada em todas as regiões brasileiras, exceto no Sudeste.²

Quando se tem o olhar voltado para mulheres infectadas pelo HIV, é importante a associação com a possibilidade de gestação e, para isso, existe o tratamento voltado à profilaxia da TV do HIV. A profilaxia da TV do HIV segue recomendações e rotinas para os serviços de saúde e para as usuárias, com vistas à obtenção de bons resultados terapêuticos, implicando a manutenção da conduta de adesão ao tratamento e às medidas profiláticas.³

O diagnóstico precoce é necessário em todas as gestantes, permitindo a escolha da terapia antirretroviral (TARV) adequada, o planejamento do tipo de parto adequado, o controle da amamentação e o início precoce da profilaxia antirretroviral (ARV) indicada aos recém-nascidos.⁴

Além da relevância em reforçar as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde (2010) para diminuir as taxas de TV do HIV no país, o monitoramento sistemático destes indicadores possibilita mensurar a efetividade das intervenções em nível local⁵. Para tanto, faz-se necessário conhecer o público-alvo dessas ações, pautando a realidade vivenciada na prática do serviço de saúde.

OBJETIVO

- Determinar as características sociodemográficas de gestantes infectadas pelo HIV relacionando ao risco de transmissão vertical do HIV.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, em que foram analisados 323 prontuários de gestantes HIV positivas que realizaram o parto em uma maternidade pública, referência em cuidado Materno-Infantil, na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011.

As informações foram obtidas do prontuário das gestantes HIV positivas atendendo às seguintes variáveis: sociodemográficas (idade, cor, nível de escolaridade, ocupação e estado civil), clínico-obstétricas e terapêuticas, enfatizando dados sobre o pré-natal, o diagnóstico sorológico, a conduta no serviço obstétrico e os cuidados prestados à mulher no puerpério.

Os dados foram analisados pelo Programa eletrônico SigmaStat®, versão 2.0. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente a partir de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. As proporções foram comparadas pelo teste do χ^2 , acompanhado do teste exato de Fisher. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que *p* foi menor que 5% (*p*<0,05).

O estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade em estudo, sob o protocolo 29/11 n.º 02/12, e atende às recomendações da resolução n.º 196/1996.

RESULTADOS

Ao observar as características sociodemográficas das 323 gestantes HIV positivas estudadas, 158 (48,9%) estavam inseridas na faixa etária entre 25 a 34 anos de idade, 222 (68,7%) eram solteiras e 212 (65,6%) declararam ser da cor parda. Em relação ao tempo de estudo, 163 (50,5%) tiveram entre quatro a sete anos de estudo e predominaram as gestantes que declararam ser donas de casa, com 242 (74,9%), conforme a tabela 1.

Tabela 1. Perfil das gestantes HIV positivas atendidas em um hospital referência em saúde materno-infantil. Goiânia (GO), Brasil, 2014.

Variáveis	N	%
Idade		
< 18	14	4,3%
≥ 35	34	10,5%
18 - 24	117	36,2%
25 - 34	158	48,9%
Estado civil		
Solteira	222	68,7%
Casada/União Estável	90	27,9%
Viúva	2	0,6%
Divorciada	4	1,2%
NI	5	1,5%
Cor		
Parda	212	65,6%
Branca	79	24,5%
Preta	32	9,9%
Escolaridade		
1 - 3 anos	23	7,1%
4 - 7 anos	163	50,5%
8 - 11 anos	126	39,0%
≥ 12 anos	8	2,5%
Analfabeta	2	0,6%
NI	1	0,3%
Ocupação	242	74,9%
Dona de casa		
Empregada	67	20,7%
Estudante	9	2,8%
Desempregada	3	0,9%
Aposentada	1	0,3%
NI	1	0,3%

Ao relacionar o fator idade com a realização de sexo desprotegido durante a gestação, constatou-se que 281 gestantes HIV positivas praticaram sexo desprotegido durante a gestação, sendo que, destas, 129 (45,9%) gestantes incluem-se na faixa etária entre 25 a 34 anos de idade ($p = 0,017$).

Houve uma associação significativa entre a idade e o uso de drogas ilícitas durante a gestação, onde as gestantes HIV positivas jovens, na faixa etária entre 18 a 24 ($p = 0,001$) e 25 a 34 anos ($p = 0,005$), formam os grupos com maior número de usuárias.

A prática do tabagismo foi significativamente mais frequente na faixa etária entre 25 a 34 anos, totalizando 17 gestantes HIV positivas ($p = 0,020$).

As gestantes HIV positivas que se declararam pardas e que realizaram a primeira consulta pré-natal até a 14ª semana de gestação corresponderam a 37 gestantes ($p = 0,008$). Estas apresentaram menos fatores de risco relacionados à TV do que as demais gestantes do estudo. Já as gestantes HIV positivas que se declararam brancas e realizaram a primeira consulta pré-natal até a 14ª semana de gestação corresponderam a 28 gestantes ($p = 0,001$).

Ao analisar a cor e a presença de coinfeções na gestação, verificou-se que 25 mulheres brancas apresentaram alguma coinfeção associada ao HIV ($p = 0,027$). As demais relações entre cor e fatores de risco

de transmissão vertical não obtiveram significância estatística.

A associação entre escolaridade e uso de TARV aponta que 116 gestantes, com escolaridade superior a oito anos, aderiram à TARV ($p < 0,001$); 23 gestantes, com escolaridade superior a oito anos, apresentaram alguma coinfeção ($p < 0,001$); 60 gestantes, com escolaridade superior a oito anos, apresentaram carga viral (CV) inferior a 1000 cop/ml ($p = 0,030$) e as demais associações entre escolaridade e fatores de risco não obtiveram significância estatística.

As associações realizadas entre ocupação e fatores de risco de TV não apresentaram significância estatística.

Realizado levantamento acerca da prevalência dos fatores de risco relacionados à TV do HIV na instituição em estudo (Tabela 2), ao analisar o momento em que foi realizado o diagnóstico de HIV por essas mulheres, constatou-se que 136 (42,1%) gestantes receberam o diagnóstico anterior à gestação, seguidas de 77 (23,8%) gestantes que receberam o diagnóstico durante o segundo trimestre de gestação.

Quanto à realização de consultas pré-natal, 176 (54,5%) gestantes HIV positivas realizaram de uma a cinco consultas pré-natal e 230 (71,2%) realizaram a primeira consulta pré-natal com mais de 14 semanas de gestação.

Em relação à prática sexual, 281 (87%) gestantes relataram praticar sexo

desprotegido durante a gestação; 271 (83,9%)
não fizeram uso de drogas ilícitas; 122 (37,8%)

não são tabagistas e não ingeriram álcool
durante a gestação.

Tabela 2. Prevalência dos fatores de risco relacionados à TV do HIV, durante o pré-natal, parto e puerpério imediate, em gestantes HIV positivas atendidas em um hospital referência em saúde materno-infantil. Goiânia (GO), Brasil, 2014.

Variável	n	%
Quando realizado o diagnóstico de HIV		
Anterior à Gestação	136	42%
1º trimestre	44	13,6%
2º trimestre	77	23,8%
3º trimestre	53	16,4%
Após o parto	1	0,3%
Durante o parto	4	1,2%
NI	8	2,5%
Número de consultas Pré-Natal		
1 a 5 consultas	176	54,5%
6 consultas ou mais	125	38,7%
Nenhuma consulta	10	3,1%
NI	12	3,7%
IG primeira consulta pré-natal		
Nenhuma consulta	6	1,9%
> 14ª semana	230	71,2%
≤ 14ª semana	70	21,7%
NI	17	5,3%
Sexo desprotegido durante a gestação		
Não	18	5,6%
Sim	281	87,0%
NI	24	7,4%
Uso de drogas ilícitas		
Não	271	83,9%
Sim	20	6,2%
NI	32	9,9%
Tabagismo		
Não	122	37,8%
Sim	52	16,1%
NI	149	46,1%
Uso de Álcool		
Não	122	37,8%
Sim	47	14,6%
NI	154	48,0%

Conforme se pode observar na tabela 3, 89 (27,6%) gestantes possuíam parceiros com sorologia positiva para HIV. Além disso, 274 (84,8%) fizeram uso de ARV durante a gestação e 169 (52,3%) iniciaram o uso de ARV entre a 14ª e 28ª semanas de gestação.

Foi realizada cesárea eletiva em 200 (61,9%) das gestantes HIV positivas; 275 (85,1%) não apresentaram hemorragia durante o parto e 232 (71,8%) não apresentavam outras coinfeções.

Ao verificar o valor da carga viral dessas gestantes HIV positivas, 124 (38,4%) apresentaram CV inferior a mil cópias/ml e 163 (50,5%) tiveram a contagem de linfócitos TCD4+ superior ou igual a 200 células/mm³. Dentre as gestantes HIV positivas do estudo, 203 (62,8%) não apresentaram rotura prematura da membrana amniótica e 262 (81,1%) nenhuma comorbidade materna.

Tabela 3. Prevalência dos fatores de risco relacionados à TV do HIV, durante o pré-natal, parto e puerpério imediato, em gestantes HIV positivas atendidas em um hospital referência em saúde materno-infantil. Goiânia (GO), Brasil, 2014.

Variáveis	n	%
Sorologia do parceiro		
Negativa	22	6,8%
Positiva	89	27,6%
NI	212	65,60%
Uso de TARV durante gestação		
Não	42	13,0%
Sim	274	84,8%
NI	7	2,20%
Início do uso de ARV na gestação		
Não fez uso	42	13,0%
14ª a 28ª sem	169	52,3%
Após 28ª sem	57	17,6%
Até 14ª sem	39	12,1%
NI	16	5,0%
Via de parto		
Cesárea de urgência	53	16,4%
Cesárea eletiva	200	61,9%
Normal (domiciliar)	1	0,3%
Parto Normal	60	18,6%
Parto Normal c/epísio	9	2,8%
Hemorragia no parto		
Não	275	85,1%
Sim	39	12,1%
NI	9	2,80%
Coinfecção gestante		
Não	234	72,4%
Sim	89	27,6%
Carga Viral		
< 1000 cop/ml	124	38,4%
≥ 1000 cop/ml	74	22,9%
NI	125	38,7%
Contagem Linfócitos TCD4 +		
< 200 cel/mm³	21	6,5%
≥ 200 cel/mm³	163	50,5%
NI	139	43,0%
Rotura Prematura da Placenta		
Não	203	62,8%
Sim	117	36,2%
NI	3	1,0%
Comorbidade materna		
Não	262	81,1%
Sim	54	16,7%
NI	2	0,60%

DISCUSSÃO

Este estudo caracteriza as gestantes HIV positivas atendidas em uma instituição pública da região Centro-Oeste do Brasil, além de verificar os principais fatores de risco relacionados à TV do HIV, baseando-se no Manual de Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.⁵

A maioria das gestantes encontra-se em idade fértil e não possui vínculo empregatício, dados que são semelhantes aos encontrados em países de culturas e economias distintas, como em um estudo realizado no Vietnã⁶. A maioria é solteira, parda e possui baixa escolaridade, perfil semelhante ao de gestantes HIV positivas de outras regiões, como o Sudeste e o Sul do país.⁷

A maior parte das gestantes declarou não fazer uso de bebidas alcoólicas, tabaco e

drogas ilícitas. Em contrapartida, um estudo envolvendo 40 gestantes portadoras do HIV apontou que 10% delas relataram uso de drogas ilícitas durante o período gestacional⁸ e esse é um importante fator na caracterização dos hábitos de saúde dessas mulheres.

É considerável o número de usuárias de substâncias psicoativas nessa situação, e estas tendem a apresentar déficit no autocuidado, negligenciando a própria saúde e, consequentemente, o tratamento adequado perante as condutas de profilaxia da TV, além da possibilidade de prolongar a cadeia de transmissão do HIV por meio do uso de drogas parenterais ou injetáveis.

É de fundamental importância a abordagem precoce dessas gestantes para que seja realizado o diagnóstico de HIV o quanto antes, se possível, no primeiro trimestre de gestação⁹. Observa-se que a maioria das

gestantes deste estudo recebeu o diagnóstico anterior à gestação, dado esse distinto de um estudo realizado na região Sul do país em que quase metade destas mulheres foi diagnosticada como portadora do HIV durante a gestação¹⁰, o que mostra a eficácia da testagem sorológica de gestantes para o diagnóstico em tempo oportuno, para que as medidas profiláticas sejam realizadas o mais precocemente possível.

O número de consultas pré-natal realizadas pela maior parte dessas gestantes foi de uma a cinco consultas, o que é inferior ao mínimo de seis consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde⁵. A idade gestacional (IG) da realização da primeira consulta pré-natal também se mostrou insatisfatória, pois 71,2% a fizeram após o primeiro trimestre de gestação, o que vai contra as recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza que seja realizada a primeira consulta pré-natal ainda no primeiro trimestre.

Esse dado demonstra que está ocorrendo uma captação tardia dessas gestantes, seja pela falta de interesse à adesão das mesmas, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou até mesmo pela dificuldade dos próprios serviços em orientar e abordar essas gestantes, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e a adesão às medidas profiláticas.

A maioria expressiva das gestantes em estudo fez o uso de TARV entre a 14^a e 28^a semana de gestação, confirmando que o fornecimento de medicamentos ARV na região em estudo é realizado de maneira efetiva e que o início da administração desses ARV deve ser realizado, preferencialmente, até a 14^a semana de gestação e, no máximo, até a 28^a semana de gestação, garantindo que seja realizado precocemente.⁵

A sorologia do parceiro da gestante HIV positiva foi um dado que despertou atenção, por apresentar alto índice de subnotificações, semelhante a uma pesquisa africana que relatou a realização de testagem anti-HIV, entre os homens, inferior a 5% entre os investigados¹¹. Entre os parceiros que informaram a sorologia, o número dos que declaram ser soropositivos foi maior, subentendendo-se que a possível forma de infecção dessas gestantes foi por meio de relação heterossexual.

De acordo com as recomendações de profilaxia antirretroviral, é necessária a escolha da via de parto baseada na carga viral, contagem de linfócitos TCD4 + e Idade Gestacional das gestantes, ressaltando que a via preferencial para esse público é a cesárea eletiva.⁵

Os resultados indicam que a maioria das gestantes realizou a cesárea eletiva com IG entre 37 a 41 semanas de gestação, semelhante à região Sudeste do país em que, aproximadamente, 70% das integrantes da pesquisa realizaram seus partos por essa via.¹²

A hemorragia, rotura prematura da membrana amniótica e o uso de procedimentos invasivos durante o parto são importantes fatores de risco para a ocorrência da TV¹³ e, satisfatoriamente, não houve a ocorrência de nenhum desses eventos com a maioria das gestantes em estudo. Assim, pode-se constatar que a escolha da via de parto recomendada, associada com à IG adequada, previne tais riscos e/ou complicações.

Quanto menor a CV da mãe, menor a possibilidade de TV¹⁴. Essa condição é o objetivo da profilaxia com medicamentos ARV, cujos efeitos visam a fazer com que a gestante HIV positiva chegue ao momento do parto com a menor CV possível, de preferência, indetectável ou, pelo menos, que seja menor de mil cópias virais por ml. O estado clínico, a contagem de linfócitos TCD4+ e o nível da CV são os indicadores para a terapia.¹⁵

Observa-se, neste estudo, um déficit considerável em relação aos exames de CV e contagem de linfócito TCD4 + anexados aos prontuários ou anotações referentes aos mesmos no cartão da gestante, dado semelhante a um estudo realizado na região Sudeste do Brasil em que aproximadamente 80% das gestantes estudadas não tinham o valor da CV e contagem de linfócitos TCD4+ ¹⁶.

Esse dado alerta para o despreparo dos serviços de saúde em abordar essas gestantes e verificar em que grau de viremia elas se encontram. Essa informação se torna relevante, pois é responsável pela escolha da via de parto e qual terapia ARV adotar.⁵ Porém, entre os casos notificados, a maior parte das gestantes apresentou CV inferior a mil cópias/ml e contagem de Linfócito TCD4+ superior a 200 células/mm³. Isso mostra, mais uma vez, a importância da adesão a medidas profiláticas, principalmente ao uso de ARV durante o pré-natal.

Apesar de não fazer parte dos objetivos do estudo, obteve-se um importante achado de pesquisa referente ao índice considerável (30,6%) de realização de laqueadura tubária observado nessas gestantes, o que despertou interesse, pelos pesquisadores, em desenvolver outro estudo que aborde a questão da reprodução de mulheres HIV positivas e que investigue se essas medidas estão sendo respeitadas, baseadas nas

Diretrizes de Direito Sexual e Reprodutivo,¹⁶ ou se consistem basicamente na liberdade de escolha dessas gestantes.

CONCLUSÃO

A análise do perfil da população exposta possibilita delinear ações efetivas na prevenção da TV, pois, mesmo diante da existência de um protocolo que oriente as medidas profiláticas, ainda há dificuldades em captar as gestantes no momento oportuno do pré-natal e promover a adesão das mesmas ao tratamento.

O estudo permitiu obter um diagnóstico quantitativo acerca dos riscos de exposição sofrido pelas gestantes, facilitando um planejamento assertivo em relação aos aspectos que ainda são falhos e que aumentam as chances da TV, caso não haja intervenções adequadas.

Em relação às questões que envolvem os parceiros, é de suma importância que os serviços de saúde incluam ações educativas e assistenciais que englobem o diagnóstico e o tratamento oferecidos em toda a rede de serviços, influenciando, neles, a responsabilidade conjunta de combater a propagação do vírus.

É dever do profissional de saúde garantir que as recomendações para a profilaxia da TV do HIV, preconizadas pelo Ministério da Saúde, se cumpram conforme os protocolos. Porém, atendê-las plenamente constitui tarefa árdua, considerando que não depende somente da oferta dos serviços, mas, também, da receptividade e adesão aos mesmos. A implementação e a avaliação sistemática destes indicadores possibilitam resultados satisfatórios, mantendo a taxa de TV do HIV diminuta.

REFERÊNCIAS

1. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO, Terra MG, Silva CB. Cotidiano do ser-casal: significados da profilaxia da transmissão vertical do HIV e possibilidades assistenciais. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 17];19(2):259-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0259.pdf>
2. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Jr PRB, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. BMC Infect Dis [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 17];15:100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25880460>.

3. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza EO, Aldrighi JD. Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 17];69(2):275-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200275&lng=en&nrm=iso.
4. Julian AN, De José MI. Recomendaciones de la Sociedad Espanola de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. An Pediatr [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 17];76(6):361-9. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200016.
5. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf
6. Hân NTT, Gammeltoft T, Rasch V. Early uptake of HIV counseling and testing among pregnant women at different levels of health facilities- experiences from a community-based study in Northern Vietnam. BMC Health Services Research [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 17];11:29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048486/>.
7. Veloso VG, Bastos F, Portela MC, Grinsztejn B, João EC, Pilotto JHS, et al. HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 17];44(5):803-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1762.pdf>.
8. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 17];26(9):1788-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/12.pdf>.
9. Marques HHS, Latorre MRDO, DellaNegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM; Grupo de Pesquisadores do Enhancing Care Initiative-ECI-Brazil. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, 1998. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002 [cited 2017 Jan 17]; 36:385-92. Available from:

Barbosa BLFA, Marques AK, Guimarães JV et al.

Gestantes hiv positivas e os fatores de risco relacionados...

www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31527/33412.

10. Konopka CK, Beck ST, Wiggers D, Silva AK, Diehl FP, Santos FG. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 17];32(4):184-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06>.

11. Byamugisha R, Tylleskär T, Kagawa MN, Onyango S, Karamagi CAS, Tumwine JK. Dramatic and sustained increase in HIV-testing rates among antenatal attendees in Eastern Uganda after a policy change from voluntary counselling and testing to routine counselling and testing for HIV: a retrospective analysis of hospital records, 2002-2009. BMC Health Services Research [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 17];10:290. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-290>.

12. Matida LH, Ramos AN, Sañudo A, Succi RCM, Marques HHS, Negra MD, et al. Improving survival in children with AIDS in Brazil: results of the second national study, 1999-2002. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011[cited 2017 Jan 17];27(1):93-103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300010&lng=en&nrm=iso.

13. Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 [cited 2017 Jan 17];21(2):581-8. Available from: www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/25.pdf.

14. Moura EL, Praça NS. Transmissão Vertical do HIV: Expectativas e ações da gestante soropositiva. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2017 Jan 17];14(3):405-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a15.pdf>

15. Fernandes RCS, Ribas GF, Silva DP, Gomes AM, Acosta EM. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. J Pediatr [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 17];86(6):[about 5 p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000600010&lng=en&nrm=iso.

16. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional em DST e AIDS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Available from:

<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-cria>.

Submissão: 22/07/2017

Aceito: 26/11/2017

Publicado: 01/01/2018

Correspondência

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa
Rua Cícero Dias de Oliveira, 09
Bairro Jardim Camburi
CEP: 29090-250 – Vitória (ES), Brasil