



Prevalência e fatores de risco associados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em parturientes*

Prevalence and risk factors for Human Immunodeficiency Virus infection in pregnant women

Prevalencia y factores de riesgo asociados con la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en parturientas

Kelly Cristina de Lima Ramos Pinto Alves¹, Daiana Souza Fram², Solange Diccini³, Angélica Gonçalves Silva Belasco⁴, Dulce Aparecida Barbosa⁴

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência e os fatores de risco associados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em parturientes admitidas no Hospital Estadual de Presidente Prudente, SP. **Métodos:** Estudo epidemiológico transversal com 873 parturientes admitidas no Hospital Estadual de Presidente Prudente, SP, entre 1º de março de 2005 a 30 de dezembro de 2006. Foi aplicado um questionário semi-estruturado e obtidas informações em prontuários e carteiras de pré-natal. As variáveis foram sócio-demográficas, gestacionais, assistenciais do pré-natal e específicas da população reagentes. **Resultados:** A prevalência de parturientes com HIV foi de 2,1%, com escolaridades mais baixas e médias de idade e de gestações superiores às não reagentes. Os fatores de risco associados foram a residência fora do município de tratamento e a baixa escolaridade. Houve um aumento da prevalência do HIV em parturientes em relação a dados anteriores. **Conclusão:** Os fatores de risco encontrados podem estar envolvidos no aumento da prevalência e no comprometimento da profilaxia pré-natal para o HIV.

Descritores: Infecções por HIV/epidemiologia; Transmissão vertical de doença; Questionário; Fatores de risco; Gravidez

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and the risk factors for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in pregnant women admitted to the President Prudent State Hospital, São Paulo, Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional epidemiological study with 873 participants. Sociodemographic characteristics, gestation clinical characteristics, and prenatal care data were collected with a semi-structure questionnaire, chart review, and prenatal progress notes, from March 1, 2005 to December 30, 2006. **Results:** The prevalence of HIV infection was 2.1%. Participants with HIV infection had lower educational level and they were older and had a higher gestational age than those participants who were HIV negative. The risk factors for HIV infection were living far from prenatal health care services and having low educational level. The findings of the study show an increase in the prevalence of HIV infection in pregnant women compared with data previously reported. **Conclusion:** Higher prevalence of HIV infection in pregnant women may be related to deficiency in preventive measures during the prenatal period.

Key words: HIV infections/epidemiology; Disease transmission, vertical; Questionnaires; Risk factors; Pregnancy

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en parturientas admitidas en el Hospital Estatal de Presidente Prudente, SP. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico transversal realizado con 873 parturientas admitidas en el Hospital Estatal de Presidente Prudente, SP, entre el 1º de marzo del 2005 al 30 de diciembre del 2006. Fue aplicado un cuestionario semi-estructurado y las informaciones obtenidas en las historias clínicas y carnets del prenatal. Las variables fueron socio-demográficas, gestacionales, asistenciales del prenatal y específicas de la población reactiva. **Resultados:** La prevalencia de parturientas con VIH fue de 2,1%, con escolaridad más bajas y promedios de edad y de gestación superiores a las no reactivas. Los factores de riesgo asociados fueron la vivienda fuera del municipio de tratamiento y la baja escolaridad. Hubo un aumento de la prevalencia del VIH en parturientas en relación a datos anteriores. **Conclusión:** Los factores de riesgo encontrados pueden estar involucrados en el aumento de la prevalencia y en el compromiso de la profilaxis prenatal para el VIH.

Descripciones: Infecciones por VIH/epidemiología; Transmisión vertical de enfermedad; Cuestionario; Factores de riesgo; Embarazo

* Trabalho realizado no Hospital Estadual de referência materno-infantil da região do Oeste Paulista, localizado no município de Presidente Prudente.

¹ Mestre em Ciências. Enfermeira do ambulatório do Hospital Estadual de Presidente Prudente e professora da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" - UNESP - Presidente Prudente (SP), Brasil.

² Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutora em Ciências. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Pós-doutora em Nefrologia. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 1981 surgiram os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência adquirida - SIDA em homossexuais masculinos, chamando a atenção da comunidade médica e da sociedade, gerando discriminações e também um entendimento errôneo sobre os seus verdadeiros riscos de transmissão⁽¹⁾. Este fato provocou certo descuido quanto à prevenção da doença nos indivíduos que não se reconheciam como de grupo de risco, favorecendo a disseminação da epidemia⁽²⁾. Logo surgiram alguns casos da doença em usuários de drogas injetáveis e em heterossexuais hemotransfundidos, levando os pesquisadores a definirem esta doença como infecciosa, transmitida através do sangue contaminado e do ato sexual⁽¹⁻²⁾.

Não demorou muito, surgiram os primeiros casos em crianças filhas de usuárias de drogas, comprovando-se a existência da transmissão perinatal⁽²⁾.

No mundo, a epidemia entre as mulheres foi progressiva e no Estado de São Paulo a relação homem/mulher de casos novos aumentou de 1/27 nos anos 1980 para 1/2 nos últimos 5 anos. Em algumas regiões brasileiras, a razão de infecção já é de 1/1, aumentando, conseqüentemente, a quantidade de crianças contaminadas⁽²⁻⁴⁾.

A descoberta da terapêutica antiretroviral associada, no início da década de 90, permitiu aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) melhores condições de saúde, aumento de suas sobrevidas e a possível redução da transmissão vertical, que é hoje a principal via de infecção em crianças menores de 13 anos⁽²⁻⁵⁾.

Condições maternas como idade avançada, estágio adiantado da infecção com níveis de CD4 baixos, bem como o parto normal e a prática da amamentação potencializam o risco de transmissão do vírus para a criança^(1-2,6-7).

Existem vários métodos de diagnóstico sorológico para anticorpos anti-HIV que são fundamentais na prevenção e controle da disseminação da infecção, tornando-se necessário o consentimento do indivíduo ou de seu responsável legal para a sua realização⁽¹⁾.

O aconselhamento antes e após o teste torna-se essencial para nortear e sensibilizar o indivíduo quanto a sua real condição, seja o resultado negativo, intensificando as recomendações preventivas, ou positivo, alertando como reduzir os riscos de transmissão para outros parceiros e fornecendo informações sobre aspectos clínicos da infecção e conduta terapêutica utilizada⁽⁸⁾.

Outro exame solicitado após a soroconversão é a dosagem de células CD4, que define o estágio da infecção. Seus valores normais são maiores ou iguais a 500/mm³ e níveis abaixo desta referência são associados proporcionalmente a sinais e sintomas de imunossupressão⁽²⁾.

O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a implementar medidas para prevenir a transmissão vertical pelo HIV. Esses esforços promoveram uma diminuição da transmissão vertical de 20% a 30% detectada em estudos antes da profilaxia antiretroviral, segundo o protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group⁽⁷⁾, para níveis entre 2% e 5% verificados nos últimos anos, em várias regiões brasileiras. O Ministério da Saúde tem disponibilizado recursos à rede pública para ampliar o diagnóstico do HIV, garantindo a cobertura do exame no pré-natal, oferecendo testes rápidos às instituições de referência e realizando campanhas de incentivo a realização espontânea do teste⁽⁸⁾.

Além do uso do AZT pela gestante a partir da 14ª semana de gravidez, no momento do trabalho de parto, e pelo recém nato até a 6ª semana de vida, as crianças expostas não devem ser amamentadas, devendo assim receber alimentação artificial^(7,9).

O Ministério da Saúde também fornece os medicamentos anti-retrovirais para o emprego dos esquemas terapêuticos, mas estima-se que o número de portadores do vírus, em especial mulheres grávidas que fazem uso desses medicamentos, esteja abaixo do esperado^(7,9).

Estima-se 6 milhões de crianças infectadas pelo HIV desde o início da epidemia, sendo que 4,3 milhões já foram a óbito⁽¹⁰⁾.

São 210.452 casos de SIDA acumulados no Brasil até março de 2001, sendo 41.052 em mulheres, predominando as com menor grau de escolaridade⁽¹⁰⁾.

A estimativa anual de gestantes infectadas pelo HIV é de 12.898 (0,4%) em 1999 e apenas 2.512 (19,5%) receberam o AZT injetável.

A transmissão vertical é responsável por 90% do total de casos de infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos⁽⁵⁾. Até o ano de 2001 foram notificados 7.335 casos de infecção transversal pelo HIV com 40% de óbitos⁽¹⁰⁾, fato este que tornou-se uma preocupação mundial, por isso a identificação precoce da gestante soropositiva significa a oportunidade de se prevenir a transmissão do vírus para a criança, reduzindo a dimensão da epidemia.

A Portaria n.º 569/2000 do Ministério da Saúde garante o acesso e a realização de exames básicos necessários a um adequado acompanhamento, entre eles, a oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta pré-natal⁽¹¹⁾.

Diversas pesquisas mostram que um controle pré-natal adequado contribui para a redução da transmissão materno-infantil do HIV, recomendando-se que os serviços de saúde ofereçam o aconselhamento de forma individualizada às gestantes. No entanto, a realidade mostra uma assistência ainda muito deficiente, em que as mulheres atendidas não recebem informações apropriadas e nem apoio dos profissionais que as assistem^(7,8).

Nosso objetivo foi determinar a prevalência e os fatores de risco associados à infecção pelo HIV em parturientes admitidas no Hospital Estadual de Presidente Prudente, SP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal realizado no Hospital Estadual de referência materno-infantil da região do Oeste Paulista, localizado no município de Presidente Prudente. Neste hospital ocorrem cerca de 2.000 partos anuais.

O município possui 196.488 habitantes, sendo referência para mais 45 municípios pertencentes à Divisão Regional de Saúde (DIR) XVI que possuem em sua totalidade 503.332 habitantes. Foram investigadas todas as parturientes admitidas no Hospital Estadual de Presidente Prudente no período de 01 de março de 2005 a 30 de dezembro de 2006. Foram excluídas todas as gestantes internadas para tratamento clínico e obstétrico.

Os dados foram coletados por meio de questionário com perguntas semi-estruturadas em entrevista individual com 873 parturientes, e informações obtidas na carteira de pré-natal. As parturientes que não possuíam resultado para HIV anotados na carteira pré-natal ou não portavam documentos comprobatórios no momento da internação, após consentimento, foram submetidas ao Teste Rápido para HIV, conforme orientação do Ministério da Saúde e protocolo interno do Hospital Estadual.

Os resultados de CD4 das gestantes notificadas foram obtidos por meio de análise dos resultados de exames anexados ao prontuário ambulatorial da infectologia da mesma instituição.

A análise dos resultados foi realizada segundo a presença (grupo das reagentes) ou ausência do HIV (grupo das não reagentes).

O estudo foi precedido da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, da autorização da instituição onde foi realizada a pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela população estudada.

Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de Fisher e para as não categóricas o teste de Student ou Mann-Whitney conforme apropriado. Os testes usados foram bicaudais e o nível de significância considerado foi de $p < 0,05$. O programa estatístico usado foi o SPSS (versão 14.0).

RESULTADOS

As características sócio-demográficas das 873 parturientes estudadas são apresentadas na Tabela 1, aonde podemos ressaltar que a escolaridade na população reagente foi significativamente menor ($p=0,002$) em relação a não reagente. Destacamos também que a maioria das parturientes reagentes mora fora do município de

Presidente Prudente.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas das parturientes estudadas, segundo o resultado do teste anti-HIV. Presidente Prudente, 2005

Características	Reagente		Não reagente		Valor de p
	n=18	%	n=855	%	
Idade, X (Dp)	27,8 (6,9)		24,5 (6,1)		
Estado civil					0,418
Solteira	3	16,7	157	18,4	
Casada	4	22,2	329	38,5	
Viúva	-	-	3	0,3	
Separada	-	-	16	1,9	
União consensual	11	61,1	350	40,9	
Escolaridade					0,002
Nenhuma	-	-	4	0,5	
1 a 3 anos	4	22,2	28	3,3	
4 a 7 anos	9	50,0	214	25,0	
8 a 11 anos	5	27,8	537	62,8	
12 anos ou mais	-	-	72	8,4	
Local de residência					0,352
Presidente Prudente	7	38,9	465	54,4	
DIR XVI	11	61,1	382	44,7	
Outras regiões	-	-	8	0,9	
Zona					0,405
Urbana	15	83,3	774	90,5	
Rural	3	16,7	81	9,5	

Tabela 2 - Características gestacionais da população estudada, segundo o resultado do teste anti-HIV. Presidente Prudente, 2005

Características	Reagente		Não reagente		Valor de p
	n=18	%	n=855	%	
Gestações, X (Dp)	2,3 (2,0)		1,2 (1,3)		
Assistência pré-natal					0,001
Sim	15	83,3	847	99,0	
Não	3	16,7	8	1,0	
Idade gestacional (em semanas) ao iniciar o pré-natal					0,999
< 22	15	100	797	94,1	
22 a 27	-	-	33	3,9	
28 a 31	-	-	12	1,4	
32 a 36	-	-	4	0,5	
37 a 41	-	-	1	0,1	
Numero de consultas no pré-natal					0,186
1 a 3	2	13,3	32	3,8	
4 a 6	3	20,0	200	23,6	
7 ou mais	10	66,7	615	72,6	
Realização do exame anti-HIV no pré-natal					-
sim	11	73,3	834	98,5	
não	4	26,7	13	15,0	
Idade gestacional (em semanas) em que realizou o exame anti-HIV					-
< 22	11	100	666	78,8	
22 a 27	-	-	99	12	
28 a 31	-	-	37	4,4	
32 a 36	-	-	21	2,5	
37 a 41	-	-	5	0,6	
ignorado	-	-	6	0,7	

Tabela 3 - Razões pelas quais não foram realizados os testes anti-HIV nas parturientes estudadas. Presidente Prudente, 2005

Razões	Reagente		Não reagente	
	n=4	%	n=13	%
Menor de idade	-	-	1	7,7
Falta de recursos na UBS	-	-	2	15,4
Greve na UBS	-	-	1	7,7
Já sabiam da soropositividade	4	100	-	-
Não quis fazer	-	-	5	38,4
Não solicitado	-	-	3	23,1
Não teve tempo	-	-	1	7,7

Tabela 4 - Características assistenciais da população estudada, segundo o resultado do teste anti-HIV. Presidente Prudente, 2005

Características	Reagente		Não reagente	
	n=11	%	n=834	%
Assinou autorização para coleta do exame anti-hiv				
sim	3	27,3	133	16,0
não	8	72,7	667	80,0
ignorado	-	-	34	4,0
Aconselhamento antes da coleta do exame				
sim	5	45,5	296	35,2
não	6	54,5	542	64,8
Meio de acesso ao aconselhamento antes do exame				
Assistente social	-	-	3	1,0
Agente de saúde	-	-	6	2,0
Enfermeira	-	-	31	10,5
Equipe multidisciplinar	-	-	5	1,7
Folhetos	-	-	2	0,7
Médico	5	100	248	83,8
Recepcionista	-	-	1	0,3
Resultado do exame informado pelo médico				
sim	11	100	783	93,9
não	-	-	51	6,1
Aconselhamento após o resultado do exame				
sim	8	72,7	209	25,0
não	3	27,3	635	75,0
Meio de acesso ao aconselhamento após o resultado do exame				
Assistente social	-	-	1	0,5
Agente de saúde	-	-	4	1,9
Enfermeira	-	-	23	11,0
Médico	8	100	170	81,3
Equipe multidisciplinar	-	-	10	4,8
Folhetos	-	-	1	0,5

Na Tabela 2, é importante ressaltar que a frequência

ao pré-natal foi significativamente menor no grupo reagente ($p=0,001$) e que 17 parturientes do total das estudadas não realizaram o exame anti-HIV.

Podemos observar na Tabela 3 que as principais razões para a não realização do exame foram o conhecimento prévio da soropositividade, a vontade de não realizá-lo e a não solicitação pelo médico.

A Tabela 4 demonstra que a maioria da população estudada não assinou autorização para a coleta do exame e não recebeu aconselhamento pré-teste, porém ressaltamos que, após o resultado do anti-HIV, a maior parte do grupo reagente recebeu aconselhamento, diferente do ocorrido com o não reagente. Observamos que o médico foi o que mais realizou aconselhamento e grande parte das gestantes foi informada sobre o resultado do exame pelo médico.

Tabela 5 - Características assistenciais específicas da população reagente ao teste anti-HIV. Presidente Prudente, 2005

Características	n= 18	%
Encaminhada ao serviço de Infectologia		
Não	4	22,2
Sim	14	77,8
Resultado CD4 (mm^3)		
< 200	1	5,6
200-499	8	44,4
500 ou mais	3	16,7
Não realizado	6	33,3
Iniciou a profilaxia		
Não	1	5,6
Sim	17	94,4

* CD4 - Células de defesa presentes no sangue denominadas linfócitos T CD4.

Podemos observar na Tabela 5 que a maioria do grupo reagente recebeu encaminhamento para o serviço de infectologia e iniciou a profilaxia recomendada, porém 33,3% não haviam realizado o exame CD4.

DISCUSSÃO

No presente estudo 97,9% das parturientes apresentaram sorologia não reagente indicando uma prevalência de infecção para o HIV de 2,1%, sendo que 83,3% delas já conheciam a sua condição sorológica antes desta gestação e 16,7% descobriram a soropositividade durante o pré-natal. Estes dados fortalecem os direitos reprodutivos das mulheres com HIV/SIDA, o desejo de ter filhos como algo cultural e o direito a uma decisão consciente, mesmo levando consigo a preocupação e o medo relacionado ao risco de contaminação e preconceito que eles podem sofrer em suas vidas⁽¹²⁾. Mesmo diante dos perigos, elas seguem com os seus projetos de vida, pois ter filhos pode significar para estas mulheres

motivação para a vida⁽¹²⁾. Outro estudo realizado na mesma instituição no período de 2000 a 2004, demonstrou a prevalência de 1% de infecção pelo HIV em gestantes atendidas no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia⁽¹³⁾. Nosso estudo mostrou um aumento da prevalência do HIV nas gestantes atendidas neste serviço comparado aos anos anteriores. Uma possível explicação para esse fato foi o perfil da população analisada, uma vez que, agora, apenas parturientes foram selecionadas. Na condição de Hospital de referência, parturientes HIV positivas são previamente encaminhadas à nossa unidade por outras unidades hospitalares.

Semelhante aos nossos resultados, diferentes autores, no Brasil e em outras regiões do mundo, demonstraram que mulheres oriundas de classes sociais menos privilegiadas e com menor escolaridade tem menos acesso à testagem e aconselhamento pré-natal para HIV^(4,14-15).

Identificamos que 61,1% das gestantes com sorologia reagentes residiam fora do município de Presidente Prudente, em municípios pertencentes à DIRXVI. Este fator provavelmente interfere na adesão e qualidade de seu tratamento, sendo que muitas apresentam dificuldades com meios de transporte, sem recursos financeiros suficientes e dependendo de ambulâncias para comparecerem às consultas e realizarem as coletas de material para os exames solicitados. Estas mulheres apresentaram um aumento na média de anos de idade e no número de gestações (27,8 anos e 2,3 gestações) quando comparado as não reagentes (24,5 anos e 1,2 gestações), respectivamente. Contrário aos nossos resultados, tem sido demonstrado que a infecção pelo HIV tem aumentado entre as mulheres jovens e adolescentes⁽¹⁶⁾. Além disso, os dados contradizem a idéia de baixa fertilidade nas mulheres HIV positivas referidas em alguns estudos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Com relação à variável realização do pré-natal, observou-se que 98,7% das gestantes entrevistadas freqüentaram o pré-natal e apenas 1,3% não o fizeram, demonstrando uma boa cobertura deste serviço na população estudada. Entre as 11 gestantes que não iniciaram o pré-natal 3(16,7%) eram soropositivas com conhecimento prévio de sua situação sorológica, demonstrando maior preocupação em procurar primeiramente o infectologista com quem faz acompanhamento, do que o serviço de pré-natal, comportamento este explicado pela criação de vínculos muito comum em tratamento de doenças crônicas, pelo receio de expor a sua situação a outros profissionais e pelo medo da discriminação e do preconceito^(17,20).

A oferta do exame anti-HIV no pré-natal foi instituída desde 1995, e deve ser oferecida a todas as gestantes, independente da existência de comportamentos de risco^(8,11). Recomenda-se o teste voluntário, sempre acompanhado de aconselhamento no pré e pós-exames,

a fim de esclarecer as mulheres sobre o significado dos testes e informá-las sobre as formas de transmissão e prevenção da infecção^(7-8,17). Nesta pesquisa, 98,0% das parturientes realizaram um teste anti-HIV na gestação e 2,0% não foram testadas. Estes dados são maiores que a média nacional de testagem pré-natal para HIV (85%) obtida em 2004⁽²¹⁾. Um teste rápido para HIV foi aplicado nas gestantes que não haviam sido previamente testadas ou não portavam os resultados no momento da internação, exceto nas quatro grávidas do grupo de reagentes, por terem comunicado a sua soropositividade, e também por possuírem prontuários com documentos comprobatórios da infecção na instituição, sendo todos não reagentes.

Das gestantes que realizaram o exame anti-HIV no pré-natal, apenas 16,8% assinaram autorização consentindo a coleta do exame e 83,2% não assinaram nenhum documento que autorizasse a coleta. Para muitas, houve apenas um consentimento verbal, e muitas gestantes não souberam informar se assinaram autorização para a coleta do referido exame. A oferta deste teste no sistema de saúde deve ser universal, sendo voluntário, ficando proibida pelo Conselho Federal de Medicina a realização compulsória de sorologia para HIV, e é necessário o consentimento escrito do indivíduo ou de seu representante legal^(1,17).

Em relação ao aconselhamento destas gestantes, apenas 35,6% receberam aconselhamento pré-teste, enquanto 64,8% não receberam nenhum tipo de aconselhamento. No pós-teste, 25,6% receberam aconselhamento e 75,5% não receberam. O modo pelo qual as informações são fornecidas pelos profissionais da área de saúde e são percebidas pelas gestantes podem ajudá-las a conhecer melhor seus reais riscos e a cumprir as determinações da equipe. Assim sendo, o pré-natal adequado deve oferecer aconselhamento de forma individualizada às gestantes para que estas recebam informações sobre a transmissão do HIV e o significado dos testes. Um serviço de saúde acolhedor e eficiente contribuirá para a aderência às determinações médicas e ao tratamento^(8,17,22). É interessante notar que 11% das gestantes foram aconselhadas por enfermeiras no pós-teste realçando o papel desta profissional nesse procedimento.

A profilaxia anti-retroviral indicada para a redução da transmissão vertical foi iniciada por 94,4% das gestantes soropositivas. Destas, três iniciaram na 14ª semana de gestação, seis na 16ª semana e nove na 20ª semana. De modo geral, as profilaxias foram iniciadas precocemente e pudemos perceber um grande interesse e preocupação na maioria destas mulheres em aderir ao tratamento, a fim de beneficiar os seus respectivos conceitos.

Nesta pesquisa, entre as 18 gestantes soropositivas encontramos três com resultados de CD4 maiores que 500/mm³, oito entre 499 e 200/mm³, uma com resultado

inferior a 200/mm² e seis sem terem realizado o exame.

CONCLUSÃO

Nosso estudo mostrou um aumento da prevalência do HIV em gestantes em relação a dados anteriores

obtidos na mesma instituição. A baixa escolaridade e a residência fora do município de atendimento foram os principais fatores de risco associados encontrados e podem ter contribuído para o aumento da prevalência e comprometimento da profilaxia e testagem pré-natal para o HIV.

REFERÊNCIAS

- Amato Neto V, Medeiros EAS, Kallas EG, Levi CL, Baldy JLS, Medeiros RSS. AIDS na prática médica. São Paulo: Sarvier;1996.
- Nadler J, Veronesi R, Guerra MAT, Veras MASM, Ribeiro AF, Marques A et al. AIDS. In: Veronesi R, Focaccia R, editores. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p 83-101.
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Braz J Med Biol Res =Rev Bras Pesqui Med Biol.* 2004;37(5):771-6.
- Kallings LO. The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS. *J Intern Med.* 2008;263(3):218-43.
- Vermelho LL, Silva LP, Costa AJL. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Boletim Epidemiológico - Aids.* 1999;12(3):5-15.
- Steger KA. Epidemiologia, história natural e classificação quanto ao estágio da doença. In: Libman H, Witzburg RA. *Infecção pelo HIV: um manual clínico.* Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 3-17.
- Veloso VG, Vasconcelos AL, Grinsztejn B. Prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Bol Epidemiol Aids.*1999;12(3):16-25.
- França Júnior I, Lopes F, Paiva V, Venturi G. Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE. [Internet]. [citado 2008 Mar 12]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B7B791F50-5AC7-4F86-ABE7-1C7A578EBFB3%7D/artigo_teste.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Implantação da vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. [citado 2008 Mar 12]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_dez99_jun00/implantacao_vigi_hiv.htm
- Matida LH, Marques HHS, organizadores. HIV na criança: atualidades em DST/AIDS. São Paulo: Programa estadual de DST/AIDS; 2001. p. 11-18.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM de 01 de junho de 2000. [Internet]. [citado 2008 Mar 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>
- Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública = J Public Health.* 2002;36(4 Supl):12-23.
- Cremonesi D, Mesquita PE, Romão MM, Prestes-Carneiro LE. Prevalence of indeterminate human immunodeficiency virus western blot results in pregnant women attended at a public hospital in Presidente Prudente, Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2005;9(6):506-9.
- Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L, Tomkins A. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Rev Saúde Pública = J Public Health.* 2003;37(5):552-8.
- Kreitchmann R, Fuchs SC, Suffert T, Preussler G. Perinatal HIV-1 transmission among low income women participants in the HIV/AIDS Control Program in Southern Brazil: a cohort study. *BJOG.* 2004;111(6):579-84.
- UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [Internet]. AIDS epidemic update 2007. [cited 2008 May 12]. Available at <http://www.unaids.org>
- Ayres JR, Paiva V, França I Jr, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1001-6.
- Stover J. Projecting the demographic consequences of adult HIV prevalence trends: the Spectrum Projection Package. *Sex Transm Infect.* 2004;80 Suppl 1:i14-18.
- Walker N, Stanecki KA, Brown T, Stover J, Lazzari S, Garcia-Calleja JM, et al. Methods and procedures for estimating HIV/AIDS and its impact: the UNAIDS/WHO estimates for the end of 2001. *AIDS.* 2003;17(15):2215-25.
- Silva NEK, Alvarenga AT, Ayres JRCM. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(3):474-81.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Portal informativo sobre Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. [citado July 12, 2008]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
- Pluciennik AMA. Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV: é mais caro identificar do que tratar a gestante soropositiva. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(1): 12.