

Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro

Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil
Panorama epidemiológico del VIH/sida en mujeres embarazadas de un estado de Noreste brasileño

**Claúdia Mendes da Silva^{I,II}, Regina de Souza Alves^{II}, Tâmyssa Simões dos Santos^{III},
Gabriela Rodrigues Bragagnollo^{IV}, Clodis Maria Tavares^V, Amuzza Aylla Pereira dos Santos^V**

^I Universidade Federal de Alagoas, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso. Maceió-AL, Brasil.

^{II} Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste, Graduação em Enfermagem. Maceió-AL, Brasil.

^{III} Centro Universitário Maurício de Nassau, Curso de Enfermagem. Maceió-AL, Brasil.

^{IV} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^V Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió-AL, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):568-76. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>

Submissão: 06-07-2017

Aprovação: 09-10-2017

RESUMO

Objetivo: Conhecer as características epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes. **Método:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa. A população estudada foi composta por gestantes com HIV/aids residentes no estado de Alagoas. Os dados foram organizados em variáveis e analisados segundo o parâmetro de medidas de dispersão pertinentes à média aritmética e ao desvio padrão ($X \pm S$). **Resultados:** No período de 2007 a 2015 foram registrados 773 casos de HIV/aids em gestantes em Alagoas. As variáveis estudadas identificaram que a maioria dessas gestantes engloba mulheres jovens, com baixos níveis de instrução e situação socioeconômica de vulnerabilidade. **Conclusão:** Para tanto, faz-se necessário a inclusão de ações direcionadas a ampliação da atenção às mulheres, em que a garantia de atendimento integral e diagnóstico precoce do HIV constituem estratégias importantes para promover adequada adesão ao tratamento e a redução da transmissão vertical. **Descritores:** Gestantes; Soropositividade para HIV; Epidemiologia; Atenção à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To learn the epidemiological characteristics of HIV infection in pregnant women. **Method:** Descriptive study with quantitative approach. The study population was composed of pregnant women with HIV/AIDS residing in the state of Alagoas. Data were organized into variables and analyzed according to the measures of dispersion parameter relevant to the arithmetic mean and standard deviation ($X \pm S$). **Results:** Between 2007 and 2015, 773 cases of HIV/AIDS were recorded in pregnant women in Alagoas. The studied variables identified that most of these pregnant women were young, had low levels of education and faced socioeconomic vulnerability. **Conclusion:** It is necessary to include actions aimed at increasing the attention paid to women, once the assurance of full care and early diagnosis of HIV are important strategies to promote adequate treatment adherence and reduce the vertical transmission. **Descriptors:** Pregnant Women; HIV Seropositivity; Epidemiology; Attention to Health; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de la infección por el VIH en mujeres embarazadas. **Método:** Estudio descriptivo con el abordaje cuantitativo. La población estudiada fue compuesta por mujeres embarazadas con VIH/sida residentes en el estado de Alagoas. Los datos fueron organizados en variables y analizados según el parámetro de medidas de dispersión pertinentes a la media aritmética y al desvío estándar ($X \pm S$). **Resultados:** En el período de 2007 a 2015 fueron registrados 773 casos de VIH/sida en mujeres embarazadas en Alagoas. Las variables estudiadas identificaron que la gran parte de esas mujeres embarazadas engloba a mujeres jóvenes,

con baixos niveles de instrucción y situación socioeconómica de vulnerabilidad. **Conclusión:** Para ello, se hace necesaria la inclusión de acciones direccionadas a ampliación de la atención a las mujeres, en que la garantía de atención integral y el diagnóstico precoz del VIH constituyen estrategias importantes para promocionar la adecuada aceptación al tratamiento y la reducción de la transmisión vertical.

Descriptores: Mujeres Embarazadas; Seropositividad para VIH; Epidemiologia; Atención a la Salud; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Claúdia Mendes da Silva

E-mail: claudiamendescm@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O crescimento do número de casos da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) constitui um fenômeno global que representa importantes transformações epidemiológicas, marcadas pelos fenômenos de “feminização”, “interiorização”, “pauperização” e “juvenilização”⁽¹⁻³⁾.

No Brasil, dos 15.885 casos de aids diagnosticados desde a sua descoberta até os dias atuais, 5.001 correspondem ao sexo feminino, sendo este, responsável por um percentual de 31,5% do total de casos em território brasileiro⁽⁴⁾. Nesse cenário, considerando o estado de Alagoas, constata-se que os primeiros casos de HIV em mulheres datam de 1987, quando a média era de sete homens infectados para uma mulher. Com o decorrer dos anos e o significativo aumento de casos na população feminina, o número de casos novos chegou a um total de 237 homens infectados com o HIV para 139 mulheres no ano de 2012⁽⁵⁾.

Em consonância com a realidade brasileira, o aumento de casos de mulheres infectadas pelo HIV se dá em vários países latino-americanos, sendo os maiores registros observados na República Dominicana, Argentina e El Salvador, onde o turismo sexual, as condições socioeconômicas e a influência de dinâmicas de poder e papéis de gênero foram associados à esse panorama⁽⁶⁾. Nesse sentido, em razão do aumento da transmissão do HIV por contato heterossexual ter acarretado o crescimento substancial de casos em mulheres, sobretudo em idade reprodutiva, nota-se que a feminização da aids tornou-se o mais preocupante fenômeno para o atual quadro dessa epidemia, tendo em vista as possibilidades reais da transmissão materno-infantil do HIV⁽⁷⁾.

De acordo com o Ministério da Saúde⁽⁴⁾, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; considerando que em 2006 a taxa observada foi de 2,1 casos por 1.000 NV, em 2015, esse valor passou para 2,7, indicando um aumento de 28,6%. Já no estado de Alagoas, a taxa de incidência foi de 2,5 por 1.000 NV no ano de 2015, o que demonstra proximidade com a média nacional.

Nessa conjuntura, estimativas apontam que, a cada ano, cerca de 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV, fazendo com que a transmissão vertical seja responsável por praticamente todos os casos da infecção em crianças menores de 13 anos⁽⁸⁾. Contudo, acredita-se que os indicadores de HIV nas gestantes podem ser melhorados com a implantação de ações preventivas propostas na Rede Cegonha pelo Governo Federal. Essa proposta, que visa melhorar a qualidade da assistência Pré-Natal e do nascimento, recomenda, além da disponibilização dos testes rápidos como estratégia de detecção e tratamento precoce do HIV, a oferta universal de terapia

antirretroviral para as gestantes durante a gestação e o parto, e pelos conceitos nas primeiras semanas de vida⁽⁹⁾.

No entanto, um estudo realizado no Piauí⁽⁷⁾, voltado para a identificação do perfil epidemiológico de gestantes HIV positivas atendidas em uma maternidade estadual, identificou diversas dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde na incorporação dessas medidas profiláticas, onde as condições socioeconômicas das gestantes, bem como as deficiências no sistema assistencial, constituíram importantes entraves na adesão dessas mulheres ao pré-natal e, por conseguinte, ao tratamento.

A julgar pelas especificidades que a epidemia do HIV/aids apresenta entre os diferentes segmentos populacionais, faz-se necessário a incorporação de estratégias de enfrentamento adequadas ao contexto situacional, no qual se insere essa população. Para tanto, torna-se imprescindível conhecer as características epidemiológicas das gestantes com HIV com vistas a auxiliar na construção de ações que efetivamente proporcionem melhoria da qualidade da atenção para essas mulheres.

OBJETIVO

Julga-se importante conhecer as características epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo não necessitou ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pois os resultados são referentes às bases de dados de acesso público da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU).

Desenho, local do estudo, população e período

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com abordagem quantitativa.

A epidemiologia descritiva estuda a incidência e/ou prevalência de uma doença, observando como se relacionam com determinadas características, como: sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda entre outras. Dessa forma, o pesquisador não é capaz apenas de identificar situações e/ou grupos de risco para fins de prevenção; este torna-se capaz também de visualizar possíveis hipóteses para investigações futuras. No tocante aos estudos descritivos, estes têm como finalidade determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, de acordo com o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos⁽¹⁰⁾.

O estudo foi desenvolvido no estado de Alagoas, o qual situa-se na região Nordeste do Brasil, com uma população, no ano de 2016, de 3.358.963 habitantes. O rendimento nominal

mensal domiciliar *per capita* da população residente chega a R\$ 662, enquanto o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o pior do país, atingindo 0,68⁽¹¹⁾. A população do estudo foi composta por gestantes com HIV/aids, residentes no Estado de Alagoas, que foram notificadas no período de 2007 a 2015.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2016 a abril de 2017 e deu-se através do banco estadual de Vigilância Epidemiológica, disponível na Secretaria Estadual de Saúde (SES), bem como pelo Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre nascidos vivos (SINASC), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS referentes ao número absoluto de casos de gestantes com HIV/aids notificados em Alagoas.

Os dados coletados foram organizados a partir de variáveis epidemiológicas divididas em três tipologias: sociodemográficas (faixa etária, raça/cor e escolaridade), de saúde (ano de diagnóstico e ano do parto) e de acesso a serviços de saúde (realização de pré-natal e período de evidência sorológica).

Análise dos resultados e estatística

Os números obtidos foram exportados para o software Tabwin 2.7, sendo tabulados e compilados no software Microsoft Excel 2016 por Windows®. Os coeficientes de incidência foram obtidos a partir do número de casos de HIV detectados em gestantes residentes em Alagoas no determinado período, dividido pelo número total de nascidos vivos residentes no mesmo local e ano de notificação, com informações demográficas disponibilizadas através dos censos demográficos.

Posteriormente, os dados foram submetidos à análise descritiva, através do parâmetro de medidas de dispersão, utilizando-se a média aritmética e o desvio padrão ($X \pm S$), buscando-se esquematizar a variabilidade dos dados entre si. Seguindo a mensuração dos dados, os mesmos foram apresentados em gráficos e tabela por meio de frequência absoluta e relativa, bem como de coeficiente (ou taxa) de detecção.

RESULTADOS

Considerando as variáveis estudadas, no período de 2007 a 2015, constatou-se 773 casos de gestantes com HIV/aids no estado de Alagoas. De acordo com a Tabela 1, é possível verificar nos dados de escolaridade que 31,2% das gestantes declararam de 5 a 8 anos de estudos ($X = 30,5$ e $S = 8,6$), enquanto que 7,4% delas não frequentaram a escola ($X = 3,2$ e $S = 7,7$) e 1,9% apresentaram 12 anos ou mais de estudos.

Em se tratando da faixa etária dessas mulheres, o grupo de 20 a 34 anos apresentou o maior percentual de casos, com 70,9% ($X = 71,8$ e $S = 6,4$), seguido da idade de 15 a 19 anos, com percentual de 18,6% ($X = 18,3$ e $S = 5,8$). Pontua-se, ainda, os casos de gestantes com HIV/aids na faixa etária abaixo de 15 anos, que registrou 12 casos no período estudado, totalizando um percentual de 1,5% ($X = 1,4$ e $S = 0,9$).

No que diz respeito à variável raça/cor, é possível inferir que 72,1% das gestantes declararam raça parda, sendo este, o fenótipo responsável pelo maior número de casos ao longo do período ($X = 72,1$ e $S = 5,6$), seguido pela cor branca, com 11,8% ($X = 12,2$ e $S = 3,5$). Em contrapartida, observa-se um crescimento de casos na raça/cor preta, chegando a ocupar a segunda posição em alguns anos estudados, apresentando percentual de 10,6% ($X = 10,1$ e $S = 5,6$).

Tabela 1 – Distribuição de casos de HIV/aids em gestantes segundo dados sociodemográficos, Alagoas, Brasil, 2007 a 2015

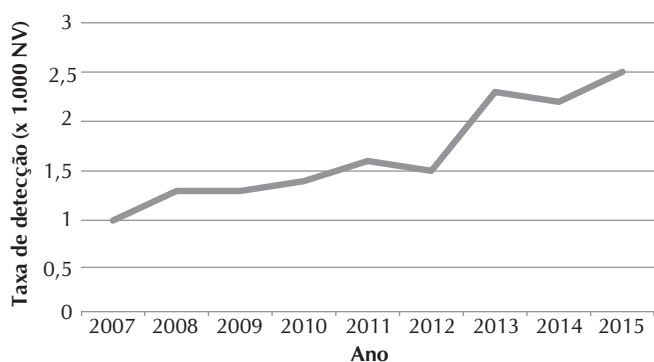
Variáveis	2007 n(%)	2008 n(%)	2009 n(%)	2010 n(%)	2011 n(%)	2012 n(%)	2013 n(%)	2014 n(%)	2015 n(%)	$X \pm S^{**}$ n
E escolaridade										
Ign***/branco	8(16)	10(13,7)	8(11,4)	21(27,6)	22(26,5)	8(11)	20(19,2)	21(18,1)	27(21,1)	18,3 ± 6,0
Nenhuma	5(10)	8(10,9)	9(12,9)	5(6,6)	6(7,2)	2(2,7)	9(8,6)	6(5,2)	7(5,5)	7,7 ± 3,2
De 1 a 4	13(26)	34(46,6)	18(23,7)	18(23,7)	21(25,3)	19(26)	20(19,2)	26(22,4)	22(17,2)	25,8 ± 8,4
De 5 a 8	14(28)	9(12,3)	21(30)	25(32,9)	22(26,5)	31(42,5)	34(32,7)	34(29,3)	51(39,8)	30,5 ± 8,6
De 9 a 11	9(18)	8(11)	10(14,3)	7(9,2)	10(12,1)	12(16,4)	19(18,3)	28(24,1)	21(16,4)	15,5 ± 4,5
De 12 e mais	1(2)	4(5,5)	4(5,7)	0(0,0)	2(2,4)	1(1,4)	2(2)	1(0,9)	0(0,0)	2,2 ± 2,1
Faixa etária										
> 15 anos	0(0)	1(1,4)	0(0)	1(1,3)	1(1,2)	1(1,4)	3(2,9)	2(1,7)	3(3,2)	1,4 ± 0,9
15 a 19 anos	5(10)	12(16,4)	16(22,9)	16(21,1)	13(15,7)	18(24,6)	11(10,6)	20(17,2)	33(25,8)	18,3 ± 5,8
20 a 34 anos	42(84)	55(75,3)	49(70)	50(65,8)	62(74,7)	50(68,5)	80(76,9)	78(67,3)	82(64,1)	71,8 ± 6,4
35 a 49 anos	3(6)	5(6,9)	5(7,1)	9(11,8)	7(8,4)	4(5,5)	10(9,6)	16(13,8)	10(7,8)	8,5 ± 2,7
Raça/Cor										
Ign***/Branco	4(8)	3(4,1)	3(4,3)	4(5,3)	4(4,8)	3(4,1)	3(2,9)	6(5,2)	6(4,7)	4,8 ± 1,4
Branca	6(12)	7(9,6)	11(15,7)	9(11,8)	14(16,9)	11(15,1)	14(13,5)	7((6)	12(9,4)	12,2 ± 3,5
Preta	5(10)	5(6,8)	2(2,9)	4(5,3)	7(8,4)	14(19,2)	8(7,7)	21(18,1)	16(12,5)	10,1 ± 5,6
Amarela	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,3)	1(1,2)	0(0,0)	0(0)	2(1,7)	1(0,8)	0,6 ± 0,7
Parda	35(70)	58(79,5)	54(77,1)	58(76,3)	57(68,7)	45(61,6)	78(75)	79(68,1)	93(72,6)	72,1 ± 5,6
Indígena	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0,9)	1(0,9)	0(0)	0,2 ± 0,4

Fonte: SINAN/SINASC/SES/AL, 2017.

Notas: *Média aritmética; **Desvio padrão; *** Ignorado.

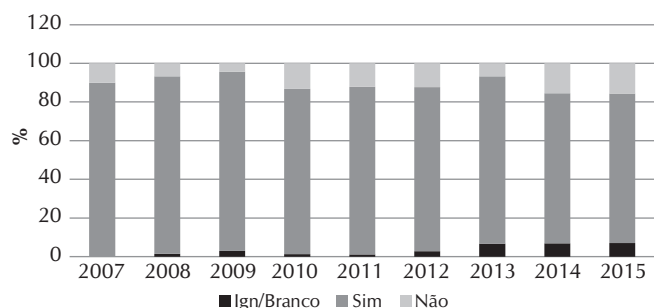
No que reporta a evolução dos casos, a taxa de detecção de gestantes com HIV/aids no estado de Alagoas vem apresentando tendência de aumento nos últimos anos ($X = 1,7$ e $S = 0,5$). Revela-se através da Figura 1, uma taxa de 1,0 caso/mil nascidos vivos no ano de 2007, a qual passou para 2,5 em 2015, indicando um aumento de 150%, sendo esse ano o maior no período estudado.

A distribuição proporcional das gestantes que realizaram o pré-natal mostra uma porcentagem relativamente equilibrada entre os anos, com 84,7% para aquelas que foram, para pelo menos, uma consulta de pré-natal ($X = 85,9$ e $S = 5,5$) e 11,3% ($X = 10,7$ e $S = 4,0$) para aquelas que não realizaram o pré-natal (Figura 2).



Fonte: SINAN/SES/AL, 2017.

Figura 1 – Taxa de detecção de HIV/aids em gestantes (por 1.000 nascidos-vivos), segundo ano do parto, Alagoas, Brasil, 2007 a 2015



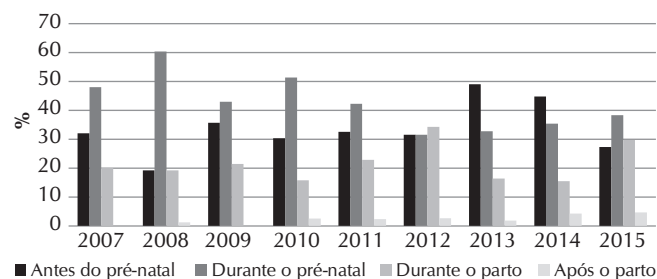
Fonte: SINAN/SES/AL, 2017.

Nota: Ign. = Ignorado.

Figura 2 – Frequência relativa (%) de HIV/aids em gestantes, segundo realização do pré-natal e ano de parto, Alagoas, Brasil, 2007 a 2015

Considerando a evidência sorológica, observa-se na Figura 3 que o percentual de gestantes que tiveram acesso ao diagnóstico durante o pré-natal liderou na maioria dos anos, com 41,3% ($X = 42,5$ e $S = 9,4$). A evidência sorológica antes do pré-natal foi responsável por 34,4% do quantitativo de casos, com os anos de 2013 e 2014, apresentando liderança nas notificações ($X = 33,6$, $S = 8,9$). A porcentagem de gestantes com o diagnóstico do HIV durante o parto chegou a ocupar a primeira posição em 2012, quando foi responsável por 34,2%

dos casos no referido ano ($X = 21,7$ e $S = 6,5$); quanto ao diagnóstico após o parto, este apresentou a menor frequência, com 2,6% ($X = 2,2$ e $S = 1,6$).



Fonte: SINAN/SES/AL, 2017.

Figura 3 – Frequência absoluta de HIV/aids em gestantes, segundo evidência sorológica do HIV, Alagoas, Brasil, 2007 a 2015

DISCUSSÃO

Embora a notificação compulsória de gestantes soropositivas para o HIV tenha sido introduzida no Brasil a partir do ano 2000, em Alagoas, até 2007, observava-se ainda um processo tímido de registros em decorrência de deficiências no sistema assistencial⁽¹²⁾.

Considerando as variáveis levantadas, pode-se observar que a de escolaridade apresentou o maior percentual de casos nos grupos com oito anos ou menos de escolaridade. De maneira semelhante, um estudo desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria (RS) tratou que, 65% das gestantes infectadas pelo HIV tinham baixa escolaridade⁽¹³⁾. Situação idêntica ocorreu em Passos (MG), em que autores evidenciaram baixo nível escolar em 80% das mulheres investigadas⁽¹⁴⁾. Ainda neste tocante, estudos realizados no Brasil sobre gestantes HIV positivas trataram que, a grande parcela destas mulheres, possuía um nível escolar baixo⁽¹⁵⁾. No entanto, ao avaliar este cenário na Espanha, pesquisadores relataram que a maioria das mulheres infectadas pelo HIV (75,2%) afirmaram ter nível escolar secundário⁽¹⁶⁾. Esses achados podem ser justificados pelo fato dos países europeus possuírem um melhor planejamento e altos investimentos na área educacional⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, o grau de escolaridade vem sendo utilizado como um importante indicador análogo às variáveis socioeconômicas. Dessa forma, o aumento da proporção de casos de aids em indivíduos com menor grau de instrução tem sido um indicativo de irradiação da epidemia para camadas menos favorecidas da sociedade, descritas como pauperização⁽¹⁸⁾.

Em relação à variável faixa etária, tem-se a idade de 20 a 29 anos como a de maior ocorrência. Tal resultado assemelha-se com dados encontrados por autores que desenvolveram um estudo no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), identificando uma média de idade de 28,9 anos e predominância de 25 a 34 anos⁽¹⁹⁾. De igual maneira, pesquisadores evidenciaram em uma pesquisa, realizada no Hospital Universitário do Rio de Janeiro, uma faixa etária de 30 a 34 anos⁽²⁰⁾. Em contrapartida, no Estado do Pará, em um Serviço

de Referência em Saúde da Mulher e da Criança, foi avaliado em sua maioria, jovens com idade entre 18 e 23 anos⁽²¹⁾.

No Brasil, a faixa etária mais acometida pelo HIV/aids em mulheres está compreendida entre o intervalo de 25 a 39 anos⁽²²⁾. No que concerne aos países latino-americanos, há divergências quanto à faixa etária. No Chile⁽²³⁾, foi identificado uma prevalência de gestantes infectadas entre 14 e 24 anos, quanto à Colômbia⁽²⁴⁾, a maioria das mulheres estava na fase reprodutiva (15 a 49 anos), no entanto, o percentual de gestantes infectadas neste estudo foi baixo, alcançando um percentual de 1%. Ao mesmo tempo, uma pesquisa realizada na Argentina trata de uma redução na incidência de mulheres infectadas pelo HIV na idade reprodutiva⁽²⁵⁾, e em Honduras, a média de idade foi de 26 anos e a faixa etária reprodutiva foi evidenciada com idades entre 19 a 38 anos⁽²⁶⁾.

Salienta-se ainda, o crescimento de gestantes com HIV/aids nas idades de 15 a 19 anos. Neste sentido, autores discutem que o surgimento dessa doença entre adolescentes pode estar interligada com diversos fatores, como: maior vulnerabilidade na fase da adolescência, baixo nível socioeconômico, menor escolaridade, dificuldade de acesso às Unidades de Atenção Primária à saúde (UAPS); e relatam ainda que este grupo é mais susceptível à situações de risco, como o uso de álcool, drogas, gravidez não planejada, violência e infecções por IST/HIV/aids⁽²⁷⁾.

Dessa forma, ao avaliar o aumento de casos de gestantes adolescentes com HIV/aids, é possível questionar se as mesmas foram devidamente orientadas quanto aos métodos contraceptivos e à prevenção de ISTs, visto que o desamparo pelo sistema de saúde à essa população configuraria uma violação nos direitos sexuais, reprodutivos e de saúde desses indivíduos. Em detrimento a isso, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) vem garantir os avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos e estabelecer as questões referentes à prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS⁽²⁸⁾. Sobretudo, vê-se a importância e necessidade de políticas públicas e programas de saúde sexual nas escolas, a fim de contribuir com a orientação adequada aos adolescentes, para que eles sejam capazes de terem consciência, bem como tomarem decisão a respeito de sua sexualidade⁽²⁹⁾. Os enfermeiros, como profissionais de saúde, atuam nas diversas áreas, tais como preventivas, curativas e, na educação em saúde, a saúde dos adolescentes constitui uma interface da sua atuação⁽³⁰⁾.

Neste contexto, o enfermeiro exerce um papel fundamental como educador/facilitador, que tem o compromisso de utilizar estratégias de educação em saúde, na tentativa de mudanças de comportamento de risco⁽³¹⁾; além disso, o enfermeiro também possui um papel fundamental no que se refere ao planejamento familiar, visto que é este quem realiza a anamnese, o exame físico e ginecológico, investiga as queixas atuais, metas reprodutivas e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, reforça a importância do planejamento familiar, orienta acerca do método escolhido, da saúde sexual e reprodutiva, entre outros⁽³²⁾.

Quanto aos instrumentos que podem ser utilizados, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da aids e outras ISTs e o Programa Saúde na Escola (PSE) são estratégias

positivas para nortear as ações e planejamentos dos profissionais de saúde para um cuidado mais integrado ao adolescente e às mulheres infectadas pelo HIV⁽³¹⁾.

Quanto à distribuição racial das gestantes, observa-se que a soma da cor parda e negra no ano de 2015 equivale a 85,1%. No Brasil, o racismo ainda é fortemente presente na vida dos indivíduos, sendo visto em sua maioria nas comunidades que sofrem com o evento da pauperização⁽³³⁾. A vulnerabilidade da população negra diante de HIV/aids, a invisibilidade e violência sexual contra a mulher contribui para o aumento de casos. Frente ao exposto, é imprescindível estratégias de promoção em saúde para este grupo, no sentido da prevenção das doenças oportunistas, uso das Terapias antirretrovirais (TARV) e na facilitação de acesso aos serviços de saúde. Para tanto, faz-se urgência definir as mulheres negras como população prioritária nas políticas públicas de IST/aids⁽³⁴⁾.

Ao analisar a evolução dos casos de gestantes infectadas pelo HIV, nota-se um importante fenômeno para o atual momento da epidemia da aids no Brasil que, durante décadas, foi vinculada à homossexualidade; entretanto, a sua disseminação atingiu vários segmentos sociais. Por anos foi descrito sobre grupos e/ou comportamento de risco, mas na atualidade, relatam um quadro marcado pelos processos de heterossexualização e feminização⁽³⁵⁻³⁷⁾.

Esse novo cenário demanda pelo reconhecimento dos condicionantes de vulnerabilidade da mulher ao HIV⁽¹²⁾. Autores pontuam os aspectos econômicos e psicossociais e as relações de gêneros como importantes fatores ligados com esta realidade⁽³⁸⁾. Resultados semelhantes são visualizados nos países latino-americanos, que ocupam o 4º lugar em número de casos; enquanto a Europa Ocidental e países norte-americanos estão na última posição. Sendo assim, faz-se relação à

esse panorama a situação social e econômica da população, uma vez que os países da América Latina são considerados mais desfavorecidos⁽³⁹⁾.

De acordo com um levantamento epidemiológico da Secretaria Estadual da Saúde de Alagoas, no ano de 2012, os municípios alagoanos: Coqueiro Seco, Flexeiras e Joaquim Gomes, apresentaram taxas mais elevadas de gestantes com HIV/AIDS que a capital Maceió⁽⁴⁰⁾. O aumento dessas taxas em municípios de médio e pequeno porte, reflete o fenômeno de interiorização que a epidemia da aids vem apresentando em todo o país, atingindo fortemente aqueles que vivem em comunidades menos assistidas⁽⁴¹⁾. O evento da interiorização em Alagoas pode estar marcado devido à baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas cidades do interior. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes possuem diversos problemas, tais como: inadequada estrutura física dos serviços, insuficiência e perfil dos profissionais de saúde, irregular monitoramento e avaliação das ações, classificando desta forma, como uma política em construção⁽⁴²⁾.

No que diz respeito à realização do pré-natal pelas gestantes com HIV/aids, apesar da crescente adesão dessas mulheres ao pré-natal ao longo do período estudado, o percentual daquelas que não aderiram ao pré-natal pode estar associado ao desconhecimento de sua condição, bem como às deficiências na busca ativa pelo sistema de saúde. Um estudo desenvolvido no Sul do

Brasil evidenciou que quase 70% das gestantes têm seu diagnóstico no período gestacional durante as consultas do pré-natal; por conseguinte, quando o início dessas consultas acontece tardiamente, ou ocorre em número insuficiente, constitui barreiras para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV⁽⁴³⁾.

Em Fortaleza, autores notaram que as mulheres grávidas que descobriram precocemente o HIV iniciaram mais rapidamente o tratamento antirretroviral, mostrando a importância do diagnóstico precoce para o cumprimento mais eficaz. Por esta razão, é essencial fornecer e disponibilizar exames em etapas anteriores da gravidez, ou seja, estimular e divulgar para a sociedade os programas de planejamento familiar, que certamente contribuirão para a prevenção da transmissão vertical e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)⁽⁴⁴⁾.

Os dados ainda demonstraram que o acesso das mulheres ao diagnóstico da infecção pelo HIV deu-se, em sua maioria, durante o pré-natal, fato que reforça a importância desse acompanhamento à gestante. Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais foi observado resultados similares, em que 60% das gestantes descobriram o diagnóstico durante a triagem sorológica do pré-natal ou no momento do parto e, segundo as análises destes resultados, o conhecimento acerca da sorologia positiva do teste anti-HIV desencadeou uma série de reações e teve um impacto negativo na vida das gestantes, visto que em geral, estas mulheres não se percebiam vulneráveis ao HIV, o que provocou, inicialmente, sentimentos de indignação, de remorso, de tristeza e até de indiferença⁽⁴⁵⁾.

Desta forma, ainda que as intervenções preconizadas tragam, reconhecidamente, grande impacto na redução da transmissão vertical do HIV, no Brasil, ainda é baixa a cobertura das ações profiláticas em razão de diversos entraves, como a ausência de pré-natal ou assistência inadequada, diagnóstico do HIV tardio e baixa adesão das mulheres às recomendações⁽⁴⁶⁾.

A política de prevenção e atenção ao HIV é conhecida mundialmente, como conjuntos de ações estabelecidas e desenvolvidas com intuito de estabilização. "Novos objetivos relativos à epidemia de HIV/aids foram pactuados mundialmente em reunião das Nações Unidas (ONU), da qual, o Brasil participou"⁽⁴⁴⁾. Nesta reunião, os países-membro da ONU relatam em declaração, o compromisso para 2020 de reduzir novas infecções de HIV e os índices de mortalidade da aids para menos de 500 mil por ano. Algumas medidas preventivas são: realização de cesárea eletiva, monoterapia com Zidovuzina (AZT), administração de antirretroviral, administração de AZT durante o trabalho de parto e uso de antirretroviral oral ao recém-nascido exposto durante o nascimento até os 42^o dias de vida e substituição da amamentação natural pelo aleitamento artificial⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾.

Com o levantamento dos dados, percebe-se que é de suma importância a oferta de serviços para estas mulheres infectadas, em detrimento do perfil socioeconômico apresentado, por trata-se de mulheres, em sua maioria, de cor parda e negra, com baixo nível de instrução e que necessitam ser assistidas e orientadas quanto à anticoncepção e prevenção de infecções sexuais transmissíveis. Defendendo essa hipótese, no Brasil ainda é baixa a cobertura das ações profiláticas em razão de diversos entraves, como a ausência de pré-natal

ou assistência inadequada, diagnóstico do HIV tardio e baixa adesão das mulheres às recomendações⁽⁵⁰⁾.

Limitações do estudo

Entre as limitações do presente estudo, destacam-se as informações classificadas como ignorado/branco, o que aciona em possíveis falhas nas investigações. Além disso, em que pese as estimativas de casos novos serem superiores aos casos notificados no estado de Alagoas, é possível supor subnotificações de casos. Essas limitações podem comprometer as análises epidemiológicas.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas

O presente estudo assinalou a crescente feminização da aids no estado de Alagoas e algumas interfaces que constituem o panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes. Em função disso, este estudo irá contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que precisam estar atentos às demandas biológicas, psicológicas, clínicas e sociais das pessoas que vivem e convivem com HIV/aids, pois o enfermeiro responde diretamente pela assistência ao pré-natal, a qual se propõe a garantir a qualidade da assistência e descoberta precoce dos agravos que possam acometer estas mulheres no ciclo gravídico - puerperal e que muitas vezes, por não conseguirem assisti-las adequadamente, o desfecho negativo tornam as taxas de morbimortalidade materno - infantil aumentadas. Neste contexto, o HIV/aids no ciclo gravídico-puerperal pode ser monitorado pelo enfermeiro através das ações preconizadas pela Rede Cegonha que garanta a realização dos testes rápidos para que essas gestantes possam ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível, favorecendo assim, a redução dos coeficientes de mortalidade materna e transmissão vertical do HIV.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados sobre o panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes, pode-se perceber que a maioria das gestantes com HIV/aids no estado de Alagoas engloba mulheres jovens, com baixo nível de instrução e situação socioeconômica vulnerável, que realizou pelo menos a uma consulta de pré-natal e que o diagnóstico do HIV, na sua maioria, ocorreu durante o pré-natal.

Cumprido salientar que, este estudo, possibilitou um olhar mais crítico e singularizado acerca do panorama do HIV/aids no estado de Alagoas, pois a necessidade de aprimorar políticas públicas no Estado, que atendam às mudanças epidemiológicas sofridas e que promovam melhores condições de vida e de saúde a esta população, para ajudar assim, a minimizar os danos causados ao trinômio pai-mãe-filho.

Ainda considerando o âmbito gravídico-puerperal, faz-se necessário a implementação de ações voltadas para a ampliação da assistência às mulheres, onde a garantia do atendimento integral, em consonância com o diagnóstico precoce, são estratégias importantes para promover adequada adesão ao tratamento e a redução da transmissão vertical, inserindo o

profissional de saúde como protagonista principal na tomada de decisão clínica e que permite prover informações importantes para a assistência primária à saúde da gestante no ciclo gravídico - puerperal.

Consoante ao exposto, o panorama obtido demonstrou que esses achados podem fornecer subsídios para uma discussão

sobre a prática assistencial ao trinômio pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, no sentido do desenvolvimento de ações educativas que levem em conta as peculiaridades e necessidades específicas das gestantes, propiciando não só a prevenção do HIV, mas também uma melhor qualidade de assistência no período gestacional e parturitivo.

REFERÊNCIAS

1. Ayala ALM, Moreira A, Francelino G. Características Socioeconômicas e Fatores Associados à Positividade para o HIV em Gestantes de uma Cidade do Sul do Brasil. *Rev APS*[Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 21];19(2):210–20. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2570/968>
2. Mombelli MA, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. AIDS epidemic in the triple frontier: subsidies for professional practice. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2015 [cited 2017 May 18];68(3):429-37. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0429.pdf
3. Vieira ACS, Rocha MSG, Head JF, Casimiro, IMPC. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. *Rev Katál*[Internet]. 2014[cited 2017 Apr 21];(17)2:196-206. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0196.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV – Aids [Internet]. 2016[cited 2017 Jun 02];1(1). Available from:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf
5. Alagoas. Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: DST/Aids e Hepatites Virais[Internet]. Maceió: Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas. 2013 [cited 2017 Jun 04]. Available from: <http://www.saude.al.gov.br/tag/vigilancia-epidemiologica/>
6. Silva LR, Visgueira AF, Oliveira NL, Rocha MEMO. Variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2016[cited 2017 Aug 02];5(1):34-9. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3428/pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/Aids da Rede [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012[cited 2017 Aug 02]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Barcellos C, Acosta LMW, Lisboa EP, Brito MRV, Flores R. Estimate of HIV prevalence in pregnant women by means of spatial analysis in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2017 Abr 21];40(5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/en_cb-5349.pdf
9. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 02];69(1):54-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0062.pdf>
10. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da Metodologia Científica. São Paulo: Atlas; 2010.
11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. [cited 2017 May 29]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde 2014[cited 2017 Apr 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
13. Konopka CK, Beck ST, Wiggers D, Silva SK, 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 May 29];32(4):184-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06.pdf>
14. Souza CP, Piantino CB, Queiroz CA, Maia MAC, Fortuna CM, Andrade RD. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. *J Res: Fundam Care*[Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 21];8(2):4526-37. Available from: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4964/pdf_1912
15. Ferreira LT, Mello PSM, Becker VL, Flores MC. Gestantes que tem HIV/Aids no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde. *Rev Pesq Cuid Fund*[Internet]. 2011[cited 2017 Apr 21]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750889026>
16. Hernando V, Alejos B, Montero M, Pérez-Elias Maj, Blanco JR, Giner L, et al. Reproductive history before and after HIV diagnosis: a cross-sectional study in HIV-positive women in Spain. *Med*[Internet]. 2017[cited 2017 Apr 21];96(5):e5991. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293456/>
17. Giffin, K, Costa SH. Questões da saúde reprodutiva[Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999[cited 2017 Oct 21]. Available from: <https://static.scielo.org/scielobooks/t4s9U/pdf/giffin-9788575412916.pdf>

18. Galvão JMV, Costa ACM, Galvão JV. Perfil sociodemográfico de portadores de HIV/Aids de um serviço de atendimento especializado. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2017 [cited 2016 Jun 02];6(1):04-08 Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5533>.
19. Pimenta ATM, Duarte G, Couto-Fernandez JC, Correa IA, Melli PPS, Quintana SM. Gestantes HIV: Características Clínicas e Sociodemográficas. *Rev Atenc Saúde*. 2015;13(45):20-25.
20. Assis MR, Silva LR, Lima DS, Rocha CR, Paiva MS. Conhecimento e prática sexual de gestantes HIV positivas atendidas em hospital universitário. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 17];24(6). Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/12536/20983>
21. Menezes LSH, Palácios VRCM, Alcântara MSV, Bichara CNC. Prevalência da Infecção por HIV em Grávidas no Norte do Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 14];24(4):250-4. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/6-Prevalencia%20da%20Infeccao%20por%20HIV%20em%20Gravidas.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol Aids/DST* [Internet]. Brasília: MS, 2016[cited 2017 Aug 18]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11
23. Wu E, Galaz MI, Larrañaga C, Chávez A, González M, Álvarez AM, et al. Infección por VIH/SIDA en niños y adolescentes: cohorte chilena 1987-2014. *Rev Chilena Infectol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 14];33(Supl-1):11-19 Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v33s1/art02.pdf>
24. Gómez-Ríos AC, Carrillo-Rozo ME, Rodríguez-Ortiz JA. Morbimortalidad materno-perinatal en pacientes con infección por VIH, Hospital Simón Bolívar, 2003-2011, Bogotá (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2014[cited 2017 Aug 14];65(4):308-16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n4/v65n4a04.pdf>
25. García G. Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con vih en la ciudad de Buenos Aires. *Horiz Antropol*[Internet]. 2009 [cited 2017 Jun 02];(5)32:247-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a11.pdf>
26. Parham L, Murillo W, Rivera IL. Resistencia del VIH en mujeres embarazadas de Honduras durante el año 2015. *Rev Cienc Tecnol*[Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 02]. Available from: <http://lamjol.info/index.php/RCT/rt/metadata/2995/>
27. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet] 2012 [cited 2017 Jun 02] 17(18):2129-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>
28. Campos CGAPC, Sonara LE, Santos VS, Lazzarotto AR. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um Centro de testagem e aconselhamento. *Rev Min Enferm*[Internet]. 2014 [cited 2017 May 22];18(2):310-4. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/929>
29. Castro MG, Abromavay M, Silva LB. Juventude e Sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.
30. Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Rev Bras Enferm*[Internet] 2008[cited 2017 Oct 02];61(3):306-11. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019606004/>
31. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 May 29]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2_015_web_pdf_19105.pdf
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: manual para o gestor*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
33. Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Mutti CF. Gestantes que tem HIV/Aids no Contexto da Transmissão Vertical: visibilidade da Produção Científica Nacional na Área da Saúde. *Rev Pesq Cuid Fund*[Internet]. 2011[cited 2017 May 29];3(3):2109-25 Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750889026.pdf>
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Bol Epidemiol AIDS e DST* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 May 29] Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2_015_web_pdf_19105.pdf
35. Brasil. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Feminização da AIDS e adolescência*[Internet]. Diário Oficial da União, 6/dez/2007 [cited 2017 Oct 02]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6286-5-dezembro-2007-565691-norma-pe.html>
36. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito ÂMB. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/Aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Rev Saude Soc*[Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 02];19(2). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/10.pdf>
37. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/Aids. *Saude Soc*[Internet]. 2016 [cited 2017 May 29];(25)3:602-618. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>
38. Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Jun 02]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf

39. Reis RK, Santos CB, Gir E. Quality of life among Brazilian women living with HIV/Aids. *AIDS Care* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 17];24(5):626-34. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2011.630345>
40. Alagoas. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão e Participação Social. Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2012-2015 (PES 2012-2015)[Internet]. Maceió: SESAU/AL; 2012 [cited 2017 Oct 02]. Available from: http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/PES_2012_2015.pdf
41. Reis CT, Czeresnia D, Barcellos C, Tassinari WS. A interiorização da epidemia de HIV/Aids e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2008 [cited 2017 May 29];24(6):1219-28 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/03.pdf>
42. Silva MAP, Menezes RCE, Oliveira MAA, Silva GL, Asakura L. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 02];38(103):720-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140066>
43. Konopka CK, Beck ST, Wiggers D, Silva SK, 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 May 29];32(4):184-90 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06.pdf>
44. Lima AC, Costa CC, Teles LM, Damasceno AK, Oriá MO. Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 21];27(4):311-8. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3070/307031738005/>
45. Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALP, et al. Perfil de gestantes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2006 [cited 2017 Jun 29];6(3):329-34 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31904>
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Gestação de Alto Risco: manual técnico*. 5a ed. Brasília: SAA; 2012 [cited 2017 Aug 02]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf 26
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portal de Saúde. *Pactuadas novas metas mundiais para o enfrentamento ao HIV/Aids* [Internet]. 2016[cited 2017 Oct 01]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/24088-pactuadas-novas-metas-mundiais-para-o-enfrentamento-ao-hiv-aids>
48. Cartaxo CMB. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. *Estud Psicol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Out 01];18(3):419-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300002
49. Lima AC, Costa CC, Teles LMR, Damasceno AKC, Oriá MOB. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Out 02];27(4):311-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/en_1982-0194-ape-027-004-0311.pdf
50. Leite AMAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2008[cited 2017 Sep 26];13(6):1899-906. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a25v13n6.pdf>