

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E FATORES ASSOCIADOS À POSITIVIDADE PARA O HIV EM GESTANTES DE UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL

Socioeconomic characteristics and factors associated to HIV – seropositivity in pregnant women, of city in the South of Brazil

Arlene Laurenti Monterrosa Ayala¹,
Aracelia Moreira², Giovana Francelino³

RESUMO

Objetivo: Esta investigação teve por objetivo conhecer as características socioeconômicas e as relacionadas à positividade de gestantes para HIV. **Método:** Estudo descritivo, realizado por meio da análise de dados secundários de forma retrospectiva, no período de 2007 a 2013. Foram investigadas 307 gestantes HIV+, a partir dos dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Programa DST/HIV/AIDS - da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. **Resultados e discussões:** A maioria das gestantes deste estudo são jovens adultas, com pouca escolaridade e do lar. A cobertura de pré-natal e a notificação dos casos de gestantes com HIV positivo, no primeiro trimestre e o tratamento da gestante com antirretroviral e do recém-nascido ocorreram de forma insatisfatória. Ocorreram falhas importantes no preenchimento dos campos das fichas de investigação/notificação das gestantes HIV positivo. As variáveis tipo de parto, uso de antirretroviral durante o parto e tempo após o parto de início da profilaxia antirretroviral na criança em horas não foram informadas com completude. **Conclusões:** O estudo das características socioeconômicas e dos fatores associados à positividade para o HIV entre as gestantes HIV é fundamental para minimizar a infecção vertical, e reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Neste estudo, as gestantes com idade inferior a 34 anos e com baixa escolaridade encontram-se mais vulneráveis à exposição do HIV. Há um comprometimento na qualidade da assistência determinado pela inexistência no ajustamento da oferta de serviços à demanda das reais necessidades da gestante e do recém-nascido. As falhas na completude dos dados sugerem a ausência da estreita relação entre a organização informacional e o trabalho material e a falta de capacitação de recursos humanos.

ABSTRACT

Objective: This investigation aimed to meet the socioeconomic's characteristics and those related to HIV positive pregnant women. **Method:** Descriptive study of cross-sectional, performed by means of secondary data analysis retrospectively, from 2007 to 2013. 307 HIV positive pregnant were investigated from data from Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) of the Programa DST/HIV/AIDS – of Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. **Results and discussions:** Most of the pregnant women in this study are young adults, with little education and home workers. The prenatal coverage and the notification of the cases of pregnant women with HIV positive in the first quarter of the year, and the treatment of pregnant with antiviral and the new born occurred unsatisfactorily. Important flaws occurred while filling the fields of chip research/notification of HIV positive pregnant women. The variables: kind of childbirth, use of antiviral during childbirth, and time after the childbirth's beginning of antiviral prophylaxis in hours was not informed in completeness. **Conclusions:** The study of the socioeconomic characteristics and factors associated to HIV positive among pregnant women is fundamental to minimize the viral infection, and reduce maternal and child's mortality. In this study, the pregnant women with age inferior to 34 and little education are more vulnerable of being exposed to HIV. There is a commitment to care's quality determined by the lack of adjustment in service's offering to the real demands of the pregnant and the newborn needs. The flaws in the data's completeness suggest the absence at the relation between informational organization and material work and lack of training of human resources.

¹ Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus/IELUSC. E-mail: alayala@bol.com.br.

² Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus/IELUSC.

³ Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus/IELUSC.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores Socioeconômicos; Gestante; HIV.

KEYWORDS: Socioeconomic Factors; Pregnant; HIV.

INTRODUÇÃO

Conhecer as características socioeconômicas e as relacionadas à positividade de gestantes para HIV é uma ferramenta essencial para a formulação de políticas públicas de saúde.

Estudos comprovam que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em mulheres vem aumentando, gradativamente, desde a década de 1980, quando menos de 10% dos pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) eram do sexo feminino. Quase metade (44-47%) das pessoas infectadas pelo HIV são mulheres.¹

Em 2010, observou-se, no Brasil, uma prevalência de HIV entre as parturientes de 0,38%. Aplicando essa prevalência ao número estimado de gestantes em 2012, obtém-se um total de 12.177 gestantes HIV positivas nesse ano.²

De acordo com o Ministério da Saúde, de 2000 a junho de 2013, foi notificado um total de 77.066 casos de infecção pelo HIV em gestantes, sendo a maioria desses na Região Sudeste (41,7%), seguida pelas regiões Sul (31,3%), Nordeste (14,9%), Norte (6,3%) e Centro-Oeste (5,7%).²

A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes, no Brasil, em 2012, correspondeu a 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos. A única região com uma taxa de detecção superior à média nacional foi a Região Sul, com 5,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Em 2012, os estados que apresentaram taxas de detecção de HIV em gestantes superiores à taxa nacional foram: Amazonas (3,9) e Roraima (2,6), na Região Norte; Rio de Janeiro (2,8), na Região Sudeste; Paraná (2,5), Santa Catarina (5,7) e Rio Grande do Sul (9,6), na Região Sul. No período de 2003 a 2012, dentre as 27 Unidades da Federação, observa-se uma tendência de aumento nos estados.²

Conforme informações da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, no início de 1980 até outubro de 2013, confirmaram-se 30.987 casos de AIDS no estado. No início da epidemia, o registro de casos era predominante na região litorânea, nos municípios de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú. Entretanto, atualmente, o maior número de casos, em torno de 51,1%, concentra-se nos municípios de Florianópolis, Joinville e Itajaí.³

Joinville, município objeto deste estudo, está entre os 100 municípios brasileiros apontados, no período com-

preendido entre 1997 a 2009, pelo Ministério da Saúde, com elevada taxa de incidência de casos de AIDS notificados. Essa série histórica mostra que o estado de Santa Catarina possui 18 municípios que figuram com altas taxas de incidência, e Joinville figura na décima quarta posição com 42,8 de casos por 100.000 habitantes.⁴

Estudos têm demonstrado que há a possibilidade de profilaxia e tratamento do HIV na gestação, com indiscutível benefício para mãe, feto e recém-nascido, pois existe a chance de minimizar o risco de transmissão vertical e reduzir os desfechos pós-natais desfavoráveis,^{1,5-6} considerando-se que a transmissão do vírus HIV da gestante soropositiva para o filho é uma realidade nada desprezível, e que a maioria dos casos de transmissão, aproximadamente 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação.⁷

Visto que, em média, 38 a 48% das gestantes ainda chegam às maternidades sem resultado da sorologia anti-HIV do pré-natal e necessitam teste rápido no momento do parto, caracterizar as gestantes infectadas torna-se de grande valor, pois há a possibilidade de profilaxia e tratamento do HIV na gestação, com indiscutível benefício para mãe, feto e recém-nascido, existindo, dessa forma, a chance de minimizar o risco de transmissão vertical e reduzir os desfechos pós-natais desfavoráveis para o planejamento futuro da assistência às gestantes HIV positivas.^{1,5-6}

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio da análise de dados secundários de forma retrospectiva. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Programa DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)/ HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. O banco do Programa DST/HIV/AIDS integra dados de uma ficha de investigação da gestante HIV positivo padronizada pelo Ministério da Saúde, cujos registros são coletados pelos profissionais dos serviços de saúde, durante o pré-natal e/ou parto. A coleta se realizou no período de maio e junho de 2014.

Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as mulheres gestantes residentes na cidade de Joinville e que

foram inseridas no banco de dados do SINAN do Programa DST/HIV/AIDS, entre os anos de 2007 a 2013.

Joinville está situado na região nordeste do estado de Santa Catarina, com população de 515.250 habitantes em 2010. Esse é o município mais populoso de Santa Catarina, terceiro da região Sul, e o 3º maior polo industrial da Região Sul do Brasil.⁸ O município possui um dos mais altos índices de desenvolvimento humano (IDH) entre os municípios brasileiros (0.857), ocupando a décima terceira posição nacional, e a quarta entre os municípios catarinenses (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).⁹ Entretanto, Joinville está entre os três primeiros municípios catarinenses com o maior número de casos notificados de HIV/AIDS, no período de 1998-2011.³

A coleta de dados considerou as variáveis socioeconômicas, presentes na ficha de investigação para gestantes HIV positivas.¹⁰ As variáveis socioeconômicas avaliadas foram: faixa etária (até 19 anos, acima de 20 anos); cor (branca, negra, outras: amarela/parda/indígena/ignorada); escolaridade (analfabeta, 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental (EF), 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta do EF, EF completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, educação superior incompleta, educação superior completa, ignorada, não se aplica); ocupação. As variáveis relacionadas à positividade para HIV foram: trimestre de notificação da gestação (1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre, ignorado); fez/faz pré-natal (sim, não, ignorado); início de acompanhamento no pré-natal (1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre, sem acompanhamento); uso de antirretroviral profilático no pré-natal (sim, não, ignorado); uso de antirretroviral profilático no parto (sim, não ignorado); tipo de parto (vaginal, cesárea eletiva, cesárea de urgência, ignorado, não se aplica); tempo após o parto de início da profilaxia antirretroviral na criança em horas (nas primeiras 24 h do nascimento, após 24 h do nascimento, não se aplica, não realizado, ignorado).

Os dados foram organizados em planilhas Excel® desenhadas para o estudo, e as variáveis descritivas foram calculadas por medidas de frequência, e apresentadas sob forma de tabelas. Na análise dos achados, foram consideradas as evidências científicas. Essa etapa incluiu a comparação entre os resultados encontrados e as informações presentes na literatura, visando identificar discordâncias com os achados ou similaridades apesar das diferentes circunstâncias.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Associação Educacional Luterana Bom Jesus/IELUSC e aprovado sob parecer nº 624.934. Na etapa de coleta de dados, por questões de sigilo, as pesquisadoras não tiveram acesso aos nomes das gestantes investigadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo referem-se à investigação de todas as gestantes HIV+ inscritas no SINAN - num total de 307 - residentes no município de Joinville/SC, no período de 2007 a 2013.

Em relação à idade das gestantes HIV+, não se obteve a informação de quatro mulheres (1% das 307 investigadas). Excluídas essas gestantes, a média de idade foi de 31,5 anos (DP ± 6,18) numa faixa etária de 16 a 49 anos, das quais 1% tinha menos de 20 anos, 11 % de 20 a 24 anos, 27% de 25 a 29 anos, 29% de 30 a 34 anos, 20% de 35 a 39 anos, 11% de 40 a 44 anos, e 1% de 45 a 49 anos. A comparação das médias de idade das gestantes HIV+ encontrada em outras duas investigações mostra que a média de idade das gestantes em Joinville é superior àquelas observadas no noroeste paranaense e em Santos - onde foi de 27,6 e 25,1 anos com desvio padrão de 5.1 e 6.5, respectivamente.⁶⁻⁷ Entretanto, é inferior a encontrada em uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro que identificou a média de idade das gestantes HIV de 32 anos, com desvio padrão de 7.¹¹

Neste estudo, observou-se maior positividade entre as gestantes com idade entre 25 a 39 anos. Essa faixa etária, adulto jovem, representa 76% de gestantes HIV+. Embora preocupante isso é esperado pois, nessa faixa, há maior reprodução.

Em relação à dependência da variável idade e a presença de HIV+, duas pesquisas confirmam essa inter-relação. A primeira - realizada em Santa Catarina com a população geral - aponta para o elevado número de indivíduos HIV+ na faixa etária de 40 a 49 anos.³ E a segunda demonstra o aumento progressivo da prevalência de HIV+ em gestantes com idade superior a 40 anos.¹²

Quanto à raça, a maioria das gestantes era pertencente à raça branca (84%), a raça negra (8%), a parda (7%) e a amarela (1%). Os resultados relativos à variável raça estão em consonância com os achados de outros estudos, mostrando que a raça branca é mais frequente entre as gestantes HIV+ na população brasileira.^{5,11,13} Nos estudos do Ministério da Saúde,¹⁴ a cor branca concentra 45,2% dos casos de gestantes infectadas pelo HIV no Brasil. A diferença entre o percentual, descrito no presente estudo e os dados nacionais podem estar relacionados ao fato de que, na região sul, há predomínio de indivíduos de cor branca, descendentes de imigrantes europeus.

No que diz respeito à escolaridade das gestantes, a maioria (31%) apresentava o segundo grau completo, seguida de (20%) com 1º grau completo e 5ª a 8ª série incompleta, respectivamente e apenas (3%) com curso superior. Como se pode perceber, o nível de escolaridade

das gestantes é baixo, como também o percentual de mulheres com curso superior completo. Outros dois estudos comprovam tal constatação. O primeiro de Kanopka et al.,⁵ segundo o qual, em Santa Maria/RS, 30,2% gestantes HIV+ com segundo grau completo, 65% tinham menos de oito anos de escolaridade e apenas 5% possuíam ensino superior. E o segundo, do Ministério da Saúde,² que, ao investigar a AIDS na população gestante no Brasil, observou que 32,7% das mulheres possuíam de 5 a 8ª série incompleta, 19,1% possuíam o ensino médio completo e 2,9% superior completo.

Três pesquisas corroboram os resultados deste estudo. A primeira, de Friedman et al.,¹¹ constatou que a maior escolaridade está associada ao menor risco de HIV+ na gestação. A segunda, de Cardoso et al.¹⁵, observou que a escolaridade está associada à prevalência de HIV+ em gestantes, e sugeriu que o grau de instrução está relacionado à percepção sobre o risco dos indivíduos de infectar-se com o HIV. Por último, o estudo de Araújo et al.¹⁶ que refere o predomínio de menos de oito anos de estudo entre as gestantes HIV+.

Quanto à ocupação, observou-se que a predominância de gestantes com HIV+ era dona de casa, com um percentual de 50%, seguida dos atendentes comerciais que representam 8% e os empregados de serviços gerais e cozinheiros com percentuais de 6% e 5%, respectivamente. Existia também, 4% de profissionais de saúde. Pode-se observar, então, que a maioria não exercia atividade profissional fora de casa, limitando-se às tarefas domésticas. Na mesma direção, apontam estudos que referem a preponderância de donas de casa entre as mulheres HIV+.¹⁷⁻¹⁸ Esses resultados estão em conformidade com a escolaridade apresentada por esta população, o que pode estar dificultando a inserção dessas mulheres no mercado de trabalho.

Em síntese, os dados deste estudo sugerem que as ges-

tantes com idade inferior a 34 anos, brancas, com baixa escolaridade e do lar encontram-se mais vulneráveis à exposição do HIV em Joinville. A noção de vulnerabilidade é adequada para o entendimento da disseminação do HIV entre as mulheres, uma vez que esta ocorre na junção de comportamentos e vivências individuais ligadas a questões como sexualidade, fidelidade, preconceitos e liberdade permeadas por relações desiguais de gênero e de poder.¹⁹

Estudos²⁰⁻²² têm demonstrado que a falta de acesso à informação e a desigualdade de gênero contribuem para o estabelecimento de estruturas de privação, na medida em que o gênero determina um baixo poder de negociação sexual e naturaliza as desigualdades de poder nas relações afetivas, dificultando a abordagem de questões relativas à sexualidade, fidelidade e proteção.¹⁹ Quanto à baixa escolaridade, a falta de acesso à informação de mulheres jovens diminui a capacidade de escolha tornando-as, por conseguinte, mais vulneráveis à contração do HIV.²³

Os resultados da tabela 1 mostram em que trimestre a gestação das mulheres HIV+ foi notificada. Neste estudo, 48% dos casos foram notificadas no primeiro, 33% no segundo e 18% no terceiro trimestre. Entre elas, 4% das gestantes não fizeram o acompanhamento de pré-natal. Apenas 48% iniciaram o acompanhamento no período adequado, ou seja, no primeiro trimestre, 32% no segundo e 16% no terceiro.

Nossa casuística revela que 51% dos casos foram notificados nos dois últimos trimestres de gestação. O mesmo ocorre em relação ao acompanhamento de pré-natal, pois 48% iniciaram o pré-natal tardiamente. Estudos publicados demonstram a importância e o benefício, tanto para a mãe quanto para a criança do início precoce do pré-natal, pois possibilita o melhor tratamento para a gestante e reduz o risco de transmissão vertical do HIV ao bebê.²⁴⁻²⁶

Tabela 1 - Distribuição das gestantes HIV+ notificadas, segundo o trimestre gestacional, acompanhamento pré-natal e tipo de parto, no período de 2007 - 2013, em Joinville/ SC.

Variáveis	Nº	%
Trimestre de notificação da gestação		
1º trimestre	148	48
2º trimestre	100	33
3º trimestre	56	18
Ignorado	3	1

Variáveis	Nº	%
Início de acompanhamento no pré-natal		
1º trimestre	146	48
2º trimestre	99	32
3º trimestre	48	16
Sem acompanhamento	14	4
Tipo de parto		
Vaginal	45	15
Cesária eletiva	165	54
Cesária de urgência	8	3
Ignorado	75	24
Não se aplica	14	4

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Programa DST/HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Santa Catarina.

Confrontando os percentuais encontrados neste estudo, no que tange ao início do pré-natal, com um estudo-sentinelado que investigou a infecção por HIV em gestantes, realizado no Brasil em 2002, os resultados encontrados em Joinville são preocupantes.²⁵ Em Joinville, 32% das mulheres iniciaram o pré-natal no segundo trimestre, 16% no terceiro e 4% nem foram acompanhadas. No estudo-sentinelado, observou-se que 53% das gestantes iniciou o pré-natal no primeiro trimestre na Região Norte do Brasil, 49.3% na Região Nordeste, 87.4% no Sudeste; 88.6% no Sul e 84.4% na Centro-Oeste.

De acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde,²⁷ as gestantes HIV+ devem realizar pelo menos seis consultas de pré-natal. Infelizmente, em Joinville, no período em estudo, 16% das gestantes HIV possivelmente não realizaram as consultas necessárias e podem ter perdido a época recomendada para início do tratamento.

Quanto ao tipo de parto sofrido por essas mulheres, os resultados mostram que, em Joinville, 15% foram submetidas ao parto vaginal, 57% a cesárea e as informações sobre o tipo de parto de 24% das gestantes não estavam disponíveis.

Burges e Weiser (2001) sugerem que a cesariana antes do trabalho de parto, ou mesmo indicada nos primeiros estágios do mesmo, teria influência na transmissão do HIV para a criança.²⁸ Duas metanálises evidenciaram que os procedimentos que envolvem o parto têm importância na transmissão vertical. A primeira, de 15 estudos, mostrou que cesariana eletiva, realizada antes da rotura das membranas amnióticas, reduziu a transmissão do HIV

em 50%, quando comparada a outras formas de parto. E mais, sugeriu que a cesariana eletiva, associada ao uso de protocolo que associa a terapia antirretroviral até o parto à dose intravenosa administrada antes e durante o parto, foi capaz de reduzir a transmissão em até 90%.²⁹ A segunda, publicada pelo grupo Cochrane, em 2005, analisou 26 estudos que avaliavam a eficácia e a segurança da cesariana eletiva para a transmissão vertical do HIV. A metanálise confirma que a cesariana eletiva foi uma intervenção eficaz para a prevenção da transmissão vertical do HIV nas mulheres que não fizeram uso de antirretroviral na gestação, e naquelas que usaram apenas zidovudina (AZT). Entretanto, esta mesma metanálise revela um risco maior de morbidade para a mãe em decorrência da cesariana eletiva, como exemplo, febre, infecção urinária, endometrite e tromboembolismo.³⁰ Cabe salientar que Tess et al.,³¹ ao investigarem em São Paulo 553 crianças identificadas como filhos de gestantes HIV+, confirmaram que não foi encontrada associação entre a infecção da criança e o tipo de parto.

De acordo com o protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis, a via de parto será escolhida em função de situações obstétricas e/ou da carga viral, conforme a avaliação do obstetra e do clínico/infectologista responsáveis pela gestante. Se a carga viral for menor que 1.000 cópias/ml ou indetectável, há indicação de parto vaginal, exceto quando houver indicação obstétrica para o parto por cirurgia cesariana. Contudo, se a carga viral for maior ou igual a 1.000 cópias/ml, desconhecida ou aferida antes da 34ª semana de gestação e, nesses casos, a

gestante estiver em trabalho de parto, com dilatação cervical menor que 4 cm e as membranas amnióticas íntegras, há indicação de cirurgia cesariana eletiva.³²

Em relação à profilaxia no pré-natal e durante o parto para HIV, 96% gestantes em Joinville usaram terapia antirretroviral (TARV) no pré-natal, e, por ocasião do parto, 72% das mulheres. A queda entre as gestantes no uso antirretroviral de 96% no pré-natal para 72% durante o parto sugere que, em Joinville, os três componentes do protocolo Aids Clinical Trial Group 076 (ACTG 076), que são o uso do AZT no pré-natal, no parto e nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido, não estejam sendo utilizados. Com relação a 3% que não utilizaram a TARV, ou seja, nove mulheres, pode-se sugerir que elas perderam todas as chances de intervenção para transmissão vertical. Um estudo realizado, no período de 2002 a 2003, em Fortaleza/CE, com 138 gestantes HIV+ mostrou que 87,5% da população investigada não utilizaram a TARV nem no pré-natal, nem durante o parto.³³ Outra pesquisa realizada

em Belo Horizonte mostrou que 97,8% das gestantes HIV utilizaram a TARV no pré-natal e 91,2% durante o parto.³⁴ Ao examinar em conjunto esses percentuais e os de Joinville, constata-se que, no município, o número de gestantes que não utilizou a TARV, de acordo com o protocolo ACTG 076, foi menor do que em Belo Horizonte, entretanto, acima dos percentuais encontrados em Fortaleza.

Chama a atenção, neste estudo, o percentual de 21% de ausência de informações relativas ao uso de ARV durante o parto (Tabela 2). A coleta desse tipo de dado é importante, pois essa serve de parâmetro para a avaliação da transmissão vertical.

Diferentes estudos^{7,27} sobre a transmissão vertical do HIV referem que existe um maior risco de infecção da criança, em virtude de sua exposição ao vírus, durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito; mas ainda não se conhece como essa contaminação acontece.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes HIV+ que usaram antirretroviral para profilaxia no pré-natal e durante o parto, no período de 2007 - 2013, em Joinville/ SC.

Uso de antirretroviral	Profilático no pré-natal		Durante o parto	
	Nº	%	Nº	%
Sim	295	96	221	72
Não	9	3	22	7
Ignorado	3	1	64	21
Total	307	100	307	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Programa DST/HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Santa Catarina.

Algumas pesquisas que tratam da transmissão vertical do HIV revelam que o uso da TARV, durante a gestação, trabalho de parto e parto reduz significativamente o risco de transmissão do HIV para a criança.³⁵⁻³⁶ O uso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes elaborado pelo Aids Clinical Trial Group, em 1994, evidenciou a redução de 67,5% da transmissão vertical com uso de ARV.³⁵ O estudo realizado na Europa com 4525 gestantes mostrou que as taxas de transmissão do HIV da mãe, com carga viral ativa para o filho eram muito baixas em razão do uso de terapia antirretroviral.³⁶

O Ministério da Saúde,³² por meio de suas recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, confirma que TARV deve ser administrada a todas as gestantes infectadas pelo

HIV, com associação de três antirretrovirais, independentemente da situação virológica, clínica ou imunológica. Segundo o Ministério, a TARV inibe a replicação viral e diminui o risco de resistência viral em curto prazo.

Em se tratando do uso da TARV no recém-nascido exposto ao HIV, em Joinville, 67% iniciaram o tratamento nas primeiras 24h, e 1% não realizou, ou seja, quatro crianças deixaram de receber o tratamento adequado. Outro dado igualmente importante, identificado em Joinville, é que não há informações acerca do uso da TARV em 77 crianças (20%). Esse dado aponta para a falha dos serviços de saúde que são responsáveis por monitorar as ações de prevenção de transmissão vertical do HIV ou ainda, para a falha no manejo do recém-nascido exposto ao HIV (Tabela 3).

Ao estabelecer um paralelo entre os resultados en-

contrados em Joinville, em relação ao uso da TARV no recém-nascido exposto ao HIV, com outros dois estudos, constata-se, no âmbito do setor de Saúde, em Joinville-SC, o baixo percentual de crianças que iniciaram o tratamento nas primeiras 24h. No município de Belo Horizonte/MG, por exemplo, 97,8% das crianças iniciaram o tratamento nas primeiras 24h.³⁴ Já em Fortaleza, esse percentual foi de

93,9%.³³ Aqui é necessário chamar a atenção para a ausência de informações em Joinville acerca do uso da TARV no recém-nascido exposto ao HIV de 20% das crianças. Entretanto, mesmo que acrescentássemos os 20% aos 67% (87%), o percentual em Joinville ainda estaria abaixo daqueles encontrados nos estudos referidos.

Tabela 3 - Tempo após o parto de início da profilaxia antirretroviral na criança em horas.

Variáveis	Nº	%
Nas primeiras 24 h do nascimento	206	67
Após 24 h do nascimento	-	0
Não se aplica	20	7
Não realizado	4	1
Ignorado	77	25
Total	307	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Programa DST/HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Santa Catarina.

Conforme o Ministério da Saúde,³⁷ mesmo que a mãe não tenha recebido antirretrovirais, deve ser iniciada a quimioprofilaxia do recém-nascido de puerpera portadora de HIV com a Zidovudina (AZT) imediatamente após o nascimento (ainda na sala de parto ou nas duas primeiras horas de vida), podendo ser iniciada dentro das primeiras oito horas de vida, caso a parturiente tenha recebido esse medicamento durante o trabalho de parto. Não há comprovação de benefícios do início da quimioprofilaxia com a zidovudina após 48 horas do nascimento.

De acordo com uma pesquisa que avaliou a evolução de crianças nascidas de mães positivas para o HIV, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, durante o período compreendido entre 1986 e 2001, a mortalidade foi menor (2,9%) entre os recém-nascidos que receberam a TARV, nas primeiras 24 horas em relação aos que não receberam profilaxia (9,7%).³⁸ Por fim, a pesquisa de Brito, Souza e Dourado³⁹ confirma que a adoção universal da terapia antirretroviral para gestantes e crianças expostas ao HIV evitou cerca de 6.000 novos casos de HIV em crianças brasileiras nascidas no período de 1997 a 2001.

Os resultados deste estudo evidenciaram uma série de lapsos nas ações de controle do HIV no âmbito da assistência pré-natal, em Joinville, que podem ser identificados considerando-se as informações acerca do trimestre da notificação da gestação, do início de acompanhamento no pré-natal, da redução do uso de antirretroviral durante

o parto e dos recém-nascidos expostos ao HIV, que não tiveram acesso ao uso da TARV nas primeiras 24h.

A questão a ser destacada é que a ocorrência desses lapsos não pode ser abordada sem uma discussão da qualidade da assistência pré-natal. A assistência em saúde no município não foi capaz, por exemplo, de impedir o início tardio do pré-natal e, possivelmente a não realização do número mínimo de consultas, pela gestante HIV+, preconizadas pelo Ministério da Saúde.²⁷ Vários autores^{40,41} referem a ampliação do acesso precoce da assistência pré-natal e a melhor utilização dos contatos com os serviços de saúde como prioritários na reversão desse quadro.

Entretanto, para Trevisan et al.,⁴² a questão de saúde não está apenas direcionada à disponibilidade de serviços de saúde, mas também à capacidade de autocuidado que é influenciada pelo nível de instrução e idade da gestante. Corroboram com os autores, outros pesquisadores,^{43,44} quando sugerem que a escolaridade é um fator que implica no acesso tardio ao pré-natal, isoladamente ou em conjunto com outras condições como mulheres jovens, multigestas e com ensino fundamental incompleto. Neste estudo, há o reconhecimento de que a maioria das gestantes tinha menos de 34 anos, portanto, jovens e com baixa escolaridade. Assim, podemos inferir que tanto a baixa escolaridade quanto a idade das mulheres investigadas podem estar contribuindo para o início tardio do pré-natal das gestantes com HIV+ no município.

Outro aspecto deste estudo relacionado à qualidade da

atenção, diz respeito à redução do uso de antirretroviral, durante o parto e de recém-nascidos expostos ao HIV, que não tiveram acesso ao uso da TARV nas primeiras 24h. Os resultados obtidos apontam para o não cumprimento dos protocolos assistenciais e para oportunidades perdidas em realizar a intervenção preventiva, quer no pré-natal, parto e para o recém-nascido. Dada constatação indica a necessária avaliação de como é orientada, em Joinville, a oferta de serviços no pré-natal. Estudos^{45,46} mostram que tal debilidade na assistência pré-natal pode ser atribuída, por um lado, a pouca importância dada ao controle da transmissão vertical do HIV pelos profissionais, sejam eles gerentes ou não, e por outro, à falta dos insumos necessários para realização das ações preventivas, por exemplo, problemas estruturais nos serviços de apoio diagnóstico, falta de capacitação dos profissionais, entre outros. Outro motivo apontado para explicar a falha na administração de AZT intraparto foi a admissão da paciente em período expulsivo, não havendo tempo suficiente para aplicar o medicamento.^{47,48}

Neste estudo, chama a atenção, também, falhas importantes no preenchimento dos campos das fichas de investigação/notificação das gestantes HIV positivo. As variáveis tipo de parto, uso de antirretroviral durante o parto e tempo após o parto de início da profilaxia antirretroviral na criança em horas são consideradas de importância epidemiológica pelo fato de que, a partir delas, é traçado o perfil das mulheres afetadas e são estabelecidas ações de prevenção em tempo hábil, a fim de reduzir a TV do vírus, contudo não foram informadas com completude pertinentes a sua importância. Entretanto, essas falhas no preenchimento não se aplicam somente ao município de Joinville, outros pesquisadores que utilizaram a ficha de gestante HIV positivo para investigar gestantes e crianças expostas em outras localidades também constaram imperfeições no preenchimento dos campos.^{49,50}

Por exemplo, Cerqueira et al.,⁵¹ ao investigarem a completude do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória de Gestante HIV positivo, no Espírito Santo, inferiram que as informações referentes às crianças expostas ao vírus são as que apresentam menor grau de preenchimento. Os autores sugerem que as falhas nos registros dos dados ocorrem em razão da falta de capacitação de recursos humanos, centralização do sistema, inadequação na utilização e divulgação das informações, entre outras.

CONCLUSÕES

O estudo das características socioeconômicas das gestantes HIV+ é um passo fundamental para o fortaleci-

mento das estratégias nos vários níveis de prevenção e para minimizar as taxas de infecção vertical. Dessa forma, reduz-se a morbimortalidade infantil.

Neste estudo, identificou-se que a maioria das gestantes são jovens adultas, brancas, com pouca escolaridade e do lar.

Observou-se que a cobertura de gestantes no primeiro trimestre de gestação necessita melhorar, a fim de garantir o acesso ao mínimo de seis consultas de pré-natal.

No que diz respeito à notificação dos casos de gestantes com HIV positivo, no primeiro trimestre, essa ocorreu de forma insatisfatória uma vez que se encontrou apenas o registro de 48%. Tais falhas na detecção precoce da infecção pelo HIV aqui evidenciadas, certamente estão dificultando a redução na taxa de transmissão vertical, no município. Além disso, nem todas as gestantes no trabalho de parto realizaram o tratamento antirretroviral, juntamente com seus RNs. Esses resultados apontam para a necessidade de medidas que ampliem a maior cobertura da detecção da infecção do HIV na gestação. Além disso, eles indicam que estratégias conjuntas entre os programas que tratam da DST/Aids, da saúde da mulher e da saúde da família (PACS/PSF) devem ser estabelecidas, visando a melhorar a cobertura, o acesso e a qualidade do atendimento pré-natal.

Conforme as informações disponíveis, apenas 67% das crianças iniciaram o AZT nas primeiras 24 horas, ou seja, tiveram acesso à profilaxia para a TM de maneira satisfatória; uma criança não recebeu benefício.

Diante de tal realidade, sugere-se que há um comprometimento na qualidade da assistência pré-natal, em Joinville, determinado pela inexistência no ajustamento da oferta de serviços à gestante HIV +, à demanda de suas reais necessidades.

Por fim, ocorreram falhas importantes no preenchimento dos campos das fichas de investigação/notificação das gestantes HIV positivo. As variáveis tipo de parto, uso de antirretroviral durante o parto e tempo após o parto de início da profilaxia antirretroviral na criança em horas não foram informadas com completude. Além disso, não foi possível verificar, também – visto que não havia registro – as variáveis: estado civil, evidência laboratorial de HIV e evolução da gravidez. As falhas na completude dos dados, em parte, podem ser atribuídas à ausência da estreita relação entre a organização informacional e o trabalho material e à falta de capacitação de recursos humanos.

REFERÊNCIAS

1. Craft SM, Delaney RO, Bautista DT, Serovich JM. Pregnancy Decisions Among Women with HIV. AIDS and

behavior 2007 feb; 11(6):927-935.

2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Governo do Estado de Santa Catarina, Secretaria Estadual da Saúde. A epidemia da AIDS em Santa Catarina (1984/2011). Florianópolis: Superintendência de Vigilância em Saúde; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. 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.* 2010; 32(4):184-9.
6. Ferezin RI, Bertolini DA, Demarchi IG. Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(2):66-70.
7. Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2005 fev.; 51(1):54-60. [citado 2015 fev.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000100021>>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@ [Internet]. [citado 2015 fev. 19]. Disponível em: <Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>.
9. Organização das Nações Unidas (ONU). Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano. Índice de desenvolvimento humano - municipal, 1991 e 2000. Washington: ONU; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Friedman RK, Bastos FI, Leite IC, Veloso VG, Moreira RI, Cardoso SW, Andrade ACV, Sampaio MC, Currier J, Grinsztejn, B. Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 abr.; 45(2):373-381 [citado 2015 abr.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000200016>>.
12. Botelho CAO. Prevalência dos agravos no programa de proteção à gestante do Estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007 [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2008. 96 p.
13. David PRS, Salomão MLM. Transmissão materno-infantil do HIV em São José do Rio Preto em 2001 e 2002. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2006 abr./jun.; 13(2):61-65.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Cardoso AJC, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB, Remien RH. Infecção por HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. *Rev. Saúde Pública.* 2007 dez; 41(Suppl.2):101-8.
16. Araújo LC, Fernandes RCSC, Coelho MCP, Medina-Acosta E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2005 set.; 14(2):85-90 [citado 2014 set.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000200003>>.
17. Carvalho CFS, Silva RAR. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres soropositivas em um pré-natal de alto risco. *Cogitare Enferm.* 2014 abr./jun.; 19(2):270-6.
18. Barroso LMM, Bruno ZV, Herculano MMS, Galvão MTG. Caracterização de gestantes com teste rápido positivo para HIV em Fortaleza-CE. *Rev RENE.* 2007 set./dez.; 8(3):86-93.
19. Villela WM. Violência e AIDS: explorando interfaces. In: Nilo A. (org.). *Mulher, violência e AIDS*. Recife: Gestos – Soropositividade, Comunicação & Gênero; 2008. p. 107-26.
20. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Airdar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*

- [Internet]. 2009; 25 (Suppl.2):321-33 [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400014>>.
21. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* [Internet]. 2010; 19(Suppl. 2):9–20. [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>>.
22. Lima M, Schraiber LB. Violência e outras vulnerabilidades de gênero em mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Temas Pícol.* [Internet]. 2013 dez.; 21(3):947–60. [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-S0104-EE09PT>>.
23. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 2000 mar./abr.; 34(2):207-217.
24. Amaral E, Assis-Gomes F, Milanez H, Cecatti JG, Vilela MM, Silva JLP. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 jun.; 21(6):357-364. [citado 2014 nov.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000500003>>.
25. Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Junior, A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2004 dez.; 38(6):764-772 [citado 2015 fev.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600003>>.
26. Stefani M, Araújo BF, Rocha NMP. Transmissão vertical do HIV em população de baixa renda do sul do Brasil. *DST- J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2004; 16(2):33-39 [citado 2014 set.]. Disponível em: <www.uff.br/dst/revista16-2-2004/6.pdf>.
27. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: guia de tratamento.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
28. Burges H, Weiser B. Biology of HIV-1 in women and men. *Clin Obstet Gynecol.* 2001 jun; 44(2):137-43.
29. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med.* 1999 abr; 340(13):977-87.
30. Read JS, Newell ML. Eficacia y seguridad del parto por cesárea para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH-1 (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; 4.
31. Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Lago TD. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS.* 1998 mar; 12(5):513-20.
32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual Técnico. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
33. Cavalcante MS, Ramos Junior NA, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2004 mar.; 26(2):131-138. [citado 2014 set.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000200008>>.
34. Melo VH, Aguiar RALP, Lobato ACL, Cavallo IKD, Kakehasi FM, Romanelli RMC, Pinto JA. Resultados maternos e perinatais de dez anos de assistência obstétrica a portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2005 nov.; [citado 2014 nov.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005001100009>>.
35. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med.* 1994; 331(18):1173-1180.
36. European Collaborative Study. Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis.* 2005; 40(3):458–65.
37. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

38. Silva, ANF. Estudo evolutivo das crianças expostas ao HIV e notificadas pelo núcleo de vigilância epidemiológica do HCFMRP-USP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2004 [citado 2015 maio]. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-10102006-102046/>>.
39. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia antirretroviral no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006 abr.; 40(Suppl):18-22. [citado 2015 maio]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000800004&lng=en>.
40. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2012 mar.; 28(3):425-437.
41. Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAZ. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev. Para. Med.* [Internet]. 2006 mar.; 20(1):47-51 [citado 2014 jul.]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010159072006000100008&lng=pt>.
42. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2002 jun.; 24(5):293-299. [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>>.
43. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2003 dez.; 6(4):07-318 [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2003000400005>>.
44. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011 abr./jun. 19(2):286-291.
45. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [periódico na Internet]. 2012 set. [acesso em out 2015]; 12(3): 269-280. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000300007>>.
46. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/ parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet]. 2005 dez. 5(4):483-492 [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000400012>>.
47. Nogueira SA, Abreu T, Oliveira R, Araujo L, Costa R, Andrade M, et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz J Infect Dis.* [Internet] 2001; 5(2):78-86. [citado 2015 out.]. [Links]
48. Melo VH, Aguiar RALP, Lobato ACL, Cavallo IKD, Kakehasi FM, Romanelli RMC et al. Resultados maternos e perinatais de dez anos de assistência obstétrica a portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2005 nov.; 27(11):683-690. [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005001100009>>.
49. Cavalcante MS, Ramos Jr AN, Pontes LRSK. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2005 jun.; 14(2):127-133. [citado 2015 maio]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000200009>>.
50. Cruz MM, Toledo LM, Santos EM. O sistema de informação de AIDS do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2003 fev.; 19(1):81-89. [citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100009>>.
51. Cerqueira ACB, Maia MSC, Lima R, Zorzal SM, Cruz AVR, Brioschi AP, Fagundes MSSM, Lima LH, Espinosa MA, Nóia MEL. Completude do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória de Gestante HIV positivo entre 2001 e 2006, no Espírito Santo, Brasil. *UFES Rev. Odontol* [Internet]. 2008 jan./mar.; 10(1).

Submissão: maio de 2015.

Aprovação: outubro de 2015.
