



TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV: ESTUDO REALIZADO EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE BAIANO

VERTICAL TRANSMISSION OF HIV: A STUDY PERFORMED AT THE MUNICIPALITY OF SOUTHWEST BAIANO

Resumo

Maria Tereza Magalhães Morais¹
Izabela Moreira Silva¹

¹Faculdade Independente do Nordeste
– FAINOR
Vitória da Conquista – Bahia – Brasil

E-mail:
tecamorais@gmail.com

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um Retrovírus de RNA de filamento simples, responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O vírus compromete o sistema imunológico do organismo destruindo as células de defesa, principalmente os linfócitos T CD4+. Com a infecção de mulheres em idade reprodutiva surge mais uma forma de transmissão do HIV, a transmissão vertical, aquela transmitida da mãe para o feto ou recém-nascido. Esta transmissão pode ocorrer na gestação, durante o parto ou através da amamentação. O objetivo do estudo foi avaliar o perfil sócio-epidemiológico das gestantes HIV positivas, no período de 2007 a 2012, em um município do sudoeste baiano. Por meio de dados primários obtidos pelas fichas de investigação e notificação de gestantes HIV positivas residentes em Vitória da Conquista, Bahia, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) obteve-se 110 casos de gestantes com HIV no município no período pesquisado. Foi encontrado um alto índice de mulheres jovens, de baixa escolaridade e residentes na zona urbana e, ainda, um baixo índice de transmissão vertical.

Palavras-chave: HIV; AIDS; gestantes; infecção;

Abstract

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a Retrovirus RNA of simple filament, responsible for the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). The virus affects the body's immunologic system destroying the defense cells, particularly the CD4 + T lymphocytes. By the infection of women of reproductive age comes another form of HIV transmission, the vertical transmission, it is a kind of contamination from mother to fetus or to newborn. Such transmission can occur during pregnancy, through birth or through breastfeeding. The research's scope was to evaluate the social and economic profile of HIV positive pregnant women among 2007-2012, in a city located in southwestern of Bahia (Brazil country). Through data primaries gathered by analyzing records research and notification of HIV positive pregnant women living in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil, registered in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) could be verified records of 110 cases of pregnant women infected by HIV in the city among the researched period. Through the research, could be verified a high rate of young women with low education level and living in the urban area of city, as well a low rate of vertical transmission.

Key words: HIV; AIDS; pregnant women; infection;

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)¹. O HIV é um Retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*².

O HIV compromete o sistema imunológico do indivíduo infectado, atingindo, principalmente, os linfócitos T CD4+, mas outras células imunológicas, tais como os macrófagos, as células dendríticas e as células NK - *Natural Killer*, também são comprometidas. Quando o vírus adentra a célula, sofre transcrição e é integrado ao DNA do hospedeiro gerando novos vírions quando a célula é ativada². Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção³. A infecção pelo HIV é caracterizada pela contínua replicação do vírus o que predispõe o paciente às infecções oportunistas⁴.

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids (UNAIDS)⁵ existem aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo. No Brasil, segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2012⁶, foram notificados 656.701 casos de HIV no período de 1980 a 2012. Só no ano de 2012 foram notificados 17.819 casos de infecção pelo vírus do HIV, destes, 6.648 foram em mulheres. Na Bahia, desde 1980 até 2012 foram registrados 21.259 casos. Em Vitória da Conquista foram notificados em um período de 1985 a 2008 730 casos, destes 292 casos foram em mulheres⁷.

A AIDS foi identificada pela primeira vez em 1981 nos Estados Unidos em homossexuais masculinos e, desde então, tem se mantido endêmica em todo o mundo⁸. Inicialmente acometiam principalmente os homossexuais e bissexuais masculinos e os hemofílicos, mas nos últimos anos, essa realidade vem sofrendo mudanças e as mulheres estão sendo mais vulneráveis ao HIV. Em 1985 existiam 28 homens infectados para cada uma mulher, já em 2000 esta proporção já era de dois homens infectados para cada uma mulher⁹.

Atualmente, a tendência da epidemia no Brasil caracteriza-se pela heterossexualização, interiorização e feminilização. A mulher é a principal vítima da transmissão heterossexual¹⁰. Um estudo realizado por Neves¹⁰ mostra que a maioria das mulheres entrevistadas relatou ter se contaminado com o vírus por meio de relações sexuais com os seus parceiros sem o uso do preservativo. O HIV atinge principalmente, mulheres em idade reprodutiva, entre 15-40 anos e de classe social mais baixa e pouca escolaridade. Este fato resulta no aumento de crianças infectadas pelo HIV por meio da transmissão vertical (TV)¹¹.

A TV constitui a principal via de transmissão do HIV para crianças, e esta transmissão pode ocorrer na gestação, no momento do parto ou na amamentação¹². Segundo Leal¹³, 84% dos casos de AIDS de crianças de até 13 anos são decorrentes da TV.

Em 1994, o Protocolo 076 desenvolvido por *Pediatrics Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076) realizou um estudo randomizado, duplo-cego, controlado com placebo que objetivava comprovar a eficácia da Zidovudina (AZT) na redução da TV do HIV¹⁴. O protocolo incluía a administração de AZT por via oral durante a gestação, de AZT injetável durante o parto e de AZT por via oral para o recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida, paralelamente à

suspensão da amamentação¹³. Os resultados comprovaram uma redução de 67,5% de TV com o uso do PACTG 076. Em 1996, o PACTG 076 começou a ser aplicado no Brasil¹⁵.

Com a aplicação do PACTG 076 as chances de transmitir o HIV para o feto têm redução significativa. Essa redução situa-se em torno de zero e 2%. No entanto, a taxa de TV do HIV sem qualquer intervenção situa-se em torno de 25,5%¹⁵.

Neste contexto, este trabalho teve como objetivo traçar o perfil sócio-epidemiológico das gestantes, HIV positivas, residentes no município do sudoeste baiano no período de 2007 a 2012.

Método

Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa a partir da análise de dados primários obtidos pelas Fichas de Notificação de Gestantes HIV Positivas e Crianças Expostas, pertencentes ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Este sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória e é utilizado em todo Brasil, após regulamentado pelo Decreto nº 78.231/76, e que segundo a Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003, tornou obrigatória a notificação de todas as gestantes HIV positivas e de todas as crianças, filhas de mães soropositivas ou que tenham sido amamentadas por mulheres HIV positivas.

A população escolhida para o estudo foram mulheres gestantes vivendo com HIV de um município do sudoeste baiano entre os anos de 2007 a 2012. O recorte temporal deve-se ao fato de já existir estudos desta mesma natureza neste município que avaliou a ocorrência de transmissão vertical entre os anos de 1999 a 2006. Localizado no sudoeste baiano, este município é a terceira maior cidade da Bahia, com população de 306.374 habitantes, sendo 147.677 homens e 158.697 mulheres, segundo o Censo 2010-IBGE¹⁶. O estudo foi realizado no SAE (Serviço de Assistência Especializada) em DST/HIV/AIDS do município.

O acesso aos dados do SINAN ocorreu sem a identificação dos sujeitos da pesquisa, assegurando assim o sigilo e a sua privacidade, através de uma planilha do Programa Microsoft Excel 2012, obtida sem a coluna de identificação nominal das gestantes infectadas e crianças expostas e dos seus endereços.

Foram analisadas as variáveis, idade, raça/cor, escolaridade, procedência, ocupação, ano de notificação, realização de pré-natal, trimestre de início da profilaxia antirretroviral na gestante, uso de antirretroviral para profilaxia e durante o parto, evolução da gravidez, tipo de parto, início da profilaxia antirretroviral na criança e desfecho sorológico da criança.

Os dados encontrados foram dispostos em um banco de dados utilizando o programa Microsoft Excel® 2010 e após analisados foram apresentados na forma de tabelas. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e da Faculdade Independente do Nordeste através do protocolo nº 390 500.

Resultados

Foram encontrados 110 casos de gestantes infectadas com o vírus do HIV, no período de 2007 a 2012, no município de estudo. De acordo com a idade das gestantes, o estudo verificou que estas variaram entre 17 e 42 anos, sendo que a maior frequência foi entre 20 e 25 anos obtendo 50 casos (tabela 1).

No momento da notificação, 82,7% das gestantes encontravam-se no terceiro trimestre gestacional, 9,1% estavam no segundo trimestre, apenas 5,5% das gestantes estavam no primeiro trimestre gestacional e 2,7% não foi possível verificar pela não completude do campo.

Quanto à escolaridade 24,5% cursaram de 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental e 17,3% cursaram a 4ª série completa do ensino fundamental. Quanto à raça/cor, 64,6% das gestantes infectadas eram pardas, seguida de 20% de cor branca. 86,4% das gestantes notificadas residiam em zona urbana. Todos estes dados foram demonstrados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de gestantes HIV positivas notificadas (n=110), segundo características sociodemográficas. Vitória da Conquista, 2007-2012.

Variável	N	(%)
Idade		
17-19	7	6,4
20-25	50	45,5
26-30	32	29,1
31-35	12	10,9
36-42	9	8,1
Escolaridade		
Analfabeta	3	2,7
1ª a 4ª série incompleta	14	12,7
4ª série completa	19	17,3
Fundamental incompleto	27	24,5
Fundamental completo	16	14,6
Ensino médio incompleto	12	10,9
Ensino médio completo	8	7,3
Superior incompleto	2	1,8
Superior completo	-	-
Ignorado	9	8,2
Raça/cor		
Parda	71	64,6
Branca	22	20
Preta	11	10
Indígena	1	0,9
Ignorado	5	4,5
Zona de residência		
Urbana	95	86,4
Rural	11	10
Ignorado	4	3,6

Fonte: SINAN/NET

Todos os casos foram notificados no município de estudo, mas os municípios de residência das gestantes variaram. Das 110 gestantes, 50,9% declararam residir em Vitória da Conquista, Bahia, 6,36% em Planalto, Bahia, 5,45% em Cândido Sales, Bahia. Estas três cidades baianas apresentaram neste estudo a maior incidência dos casos de gestantes infectadas.

Quanto à ocupação das gestantes, 67,3% declararam serem dona de casa, 3,6% estudantes, 1,8% manicure, 0,9% babá, 0,9% profissional do sexo, 0,9% professora do ensino fundamental e 0,9% camareira de hotel. 23,7% não declararam sua ocupação.

De acordo com os dados da tabela 2, 88,2% das gestantes realizaram o pré-natal, 75,5% fizeram uso de antirretroviral para profilaxia, 59,1% das gestantes realizaram a cesárea eletiva, 80% utilizaram o antirretroviral injetável durante o parto e, 86,4% das crianças receberam o antirretroviral xarope nas primeiras 24 horas de nascimento.

Tabela 2. Fatores de risco para transmissão vertical do HIV (n=110). Município de Vitória da Conquista, 2007 – 2012.

Variáveis	N	(%)
Fez pré-natal		
Sim	97	88,2
Não	7	6,4
Ignorado	6	5,4
Uso de antirretroviral para profilaxia		
Sim	83	75,5
Não	14	12,7
Ignorado	13	11,8
Tipo de parto		
Vaginal	31	28,2
Cesária eletiva	65	59,1
Cesária de urgência	8	7,3
Não se aplica	6	5,4
Profilaxia de antirretroviral durante o parto		
Sim	88	80
Não	17	15,46
Ignorado	5	4,54
Início da profilaxia com antirretroviral na criança		
Nas primeiras 24 horas de nascimento	95	86,4
Após 24 horas de nascimento	1	0,9
Não se aplica	7	6,4
Não realizado	6	5,4
Ignorado	1	0,9

Fonte: SINAN/NET

A pesquisa demonstrou que somente 23,6% das gestantes iniciaram o uso de antirretrovirais para profilaxia no primeiro trimestre da gravidez, 23,6% iniciaram no segundo trimestre, 24,6% no terceiro trimestre, 27,3% foram

ignorados e 0,9% foi desconsiderado. Os resultados foram ignorados pela falta de preenchimento da ficha e desconsiderados quando houvesse erros.

Quanto à evolução da gravidez, 91,2% nasceram vivos, 5,45% das gestantes tiveram aborto e 2,72% foram natimortos. Nenhum caso de transmissão vertical foi registrado no município de estudo, mas este atende pessoas que residem em cidades circunvizinhas do estado da Bahia e, nestas cidades, foram registrados três casos de transmissão vertical. No ano de 2009 registrou-se um caso na cidade de Planalto, em 2010 um caso em Cândido Sales e, em 2012 um caso em Malhada de Pedras.

Discussão

A análise dos dados possibilitou traçar o perfil sócio-epidemiológico das gestantes HIV positivas do município de Vitória da Conquista em um período de 2007 a 2012. Na visão de Silva¹¹ houve uma mudança do perfil da AIDS e esta atinge cada vez mais mulheres em idade reprodutiva entre 15-40 anos. Esse reconhecimento da feminilização da AIDS vinha sendo configurada desde o fim da década de 80, como afirma Feliciano e Kovacs¹⁷. Os dados encontrados confirmam esta afirmação já que 74,5% das gestantes com HIV tinham entre 20 e 30 anos. De acordo com Costa, Dantas & Reis¹⁸ esta tendência a juvenilização da AIDS pode ser explicada pelo início precoce da vida sexual, ao aumento de ocorrências de doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e ao elevado consumo de drogas. No estudo foi encontrado um caso de gestante com HIV de 17 anos.

Sabe-se que a transmissão heterossexual do vírus do HIV vem tomando proporções maiores. Segundo Figueiró Filho¹⁹ a transmissão homem/mulher é mais efetiva já que o vírus apresenta-se em quantidade maior no sêmen se comparado ao fluido vaginal. Dessa forma a mulher tem se tornado a principal vítima da transmissão heterossexual deste vírus, o que pode levar a mais uma forma de transmissão, a transmissão vertical¹⁹.

Quanto à raça/cor, de acordo com dados do Boletim Epidemiológico⁶, o maior número de casos notificados entre gestantes no Brasil foram de cor branca seguida da cor parda. O município estudado evidenciou que as gestantes pardas são mais acometidas pelo vírus (64,6%), seguida da cor branca. Quanto à escolaridade, no Brasil a maioria (27%) das gestantes cursou da 5ª a 8ª série incompleta e 1,8% concluíram o ensino superior. Segundo Silva¹¹ a Aids afeta mulheres de todas as camadas sociais. Entretanto, há uma tendência da epidemia a pauperização, pois esta atinge cada vez mais pessoas de baixa escolaridade e ocupações menos qualificadas²⁰. O estudo realizado assemelha-se com os dados nacionais, pois 24,5% das gestantes cursaram da 5ª a 8ª série incompleta. Não foi encontrado nenhum caso de gestante com nível superior, mas 1,8% possuíam o nível superior incompleto. A escolaridade e a ocupação têm sido utilizadas como marcadores das condições sócio-econômicas dos pacientes com Aids²⁰.

A evidência laboratorial do HIV durante o pré-natal é de extrema importância para que a gestante possa evitar a transmissão do vírus para o seu concepto. A testagem anti-HIV é um dos exames de rotina preconizados pelo Ministério da saúde durante o pré-natal¹⁸. As gestantes neste estudo, na sua

maioria, realizaram o pré-natal (88,2%), usaram o antirretroviral para profilaxia (75,5%), durante o parto (80%) e na criança nas primeiras 24 horas do nascimento (86,4%). Estes resultados demonstram que a maioria das gestantes teve acesso a informação de como prevenir a transmissão ao seu concepto.

O PACTG 076 preconiza que a gestante infectada com o HIV utilize a AZT oral de 600mg/dia; durante o parto administre AZT injetável de 2mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua, com 1mg/kg/hora, até o clampeamento do cordão umbilical; administre AZT, solução oral, 10mg/ml no recém-nascido até a 2ª hora pós-parto, na dose de 2mg/kg a cada seis horas, durante seis semanas e, ainda, substituir o aleitamento materno por fórmula infantil¹⁵.

De acordo com a data de início da profilaxia com antirretrovirais e a data do parto foi possível definir em qual trimestre de gestação as mulheres começaram o tratamento medicamentoso. Apenas 23,6% das gestantes iniciaram o tratamento no segundo trimestre de gestação. O Ministério da Saúde recomenda que a terapia antirretroviral deva ser iniciada a partir da 14ª semana de gestação (no início do segundo trimestre), mas caso não seja possível deve ser administrada em qualquer fase da gestação. Caso a gestante já apresenta o diagnóstico pode-se iniciar o tratamento antes da 14ª semana com uso da terapia antirretroviral preconcepcional²³. No entanto, de acordo com Lana e Lima²¹, o tratamento após a 16ª semana de gestação reduz a eficácia de ações preventivas, podendo resultar na infecção do concepto.

Segundo Amaral²², há diferentes formas de a mãe transmitir o HIV para o filho: intraútero e transplacentária; no momento do parto através do contato com o sangue materno e na passagem pela vagina; intraparto pela inoculação ou ingestão de sangue ou outros líquidos infectados; e no pós-parto, através do aleitamento materno. Mas, de acordo com Brasil¹⁵, na maioria dos casos (65%) a TV ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Diante desses fatores, a via de parto torna-se de extrema importância para reduzir o risco de TV. No estudo 59,1% das gestantes tiveram parto cesárea eletiva, sendo que este tipo de parto reduz o risco de TV para apenas 2%. Segundo Brasil²³ a cesárea eletiva é aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas corioamnióticas íntegras. Este tipo de parto é indicado para mulheres com carga viral maior que 1000 cópias/ml após 34 semanas de gestação. Para gestantes que apresentem carga viral menor que 1000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, o parto via vaginal é indicado, pois não altera o risco de transmissão vertical do HIV. Neste estudo não foi possível avaliar a carga viral destas gestantes, próximo ao momento do parto.

Nos 110 casos estudados, 91,8% das gestantes tiveram seu filho nascido vivo e, apenas três gestantes transmitiram o vírus do HIV para o seu concepto. A TV ocorreu em gestantes atendidas no município, mas que residem em três cidades próximas ao município de estudo. Sabe-se que o acompanhamento sorológico da criança deve ser realizado até os 18 meses de vida²². Ainda, segundo o autor²², dois ou mais testes negativos em crianças até os seis meses e a não evidência clínica da doença excluem a infecção. A criança só é considerada infectada quando continuar soropositiva depois dos

18 meses de idade. A definição do status sorológico nas crianças expostas foi garantido pelo serviço.

Quanto ao aleitamento materno não se obteve nenhuma informação limitando o estudo. Este se apresenta como um risco potencial para a transmissão vertical, pois cada vez que o bebê é amamentado o risco se eleva. O risco situa-se entre 7 e 22% e, quando a mãe é infectada durante a amamentação este risco aumenta pra 30%. Para o manejo adequado da criança o aleitamento materno e o aleitamento cruzado, que é aquele realizado por outra mulher, estão contra-indicados¹⁵.

Conclusão

Dentro do período estudado verificou-se a existência de muitas mulheres gestantes vivendo com HIV no município de Vitória da Conquista. Grande parte delas tiveram acesso ao tratamento com antirretroviral para evitar a transmissão do vírus para o conceito, sendo este fato demonstrado pelos altos índices de gestantes que evitaram a transmissão vertical.

Durante o estudo, evidenciou-se que as gestantes infectadas com o vírus eram jovens, com baixa escolaridade, de cor parda e que possuíam ocupações menos qualificadas (dona de casa). Concluiu-se que o município segue a epidemia nacional caracterizada pela pauperização e juvenalização das gestantes infectadas com o HIV.

Em alguns aspectos, o estudo ficou limitado, visto que a pesquisa foi realizada a partir de dados primários coletados pela ficha de notificação do SINAN, que muitas vezes, encontravam-se incompletas ou com erros no preenchimento.

A educação dessas gestantes soropositivas a cerca do tratamento correto é de extrema importância para reduzir os índices de transmissão vertical no município. Ter acesso à informação e a um pré-natal de qualidade é fundamental.

Referências

1. Barreto MMM. As formas de transmissão do HIV/AIDS determinando representações: um estudo de enfermagem entre adolescentes soropositivos [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2011. 147 p.
2. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. Fármacos antivirais. Farmacologia. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2007. p. 681-4.
3. Brasil. Ministério da Saúde. O que é AIDS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
4. Oliveira LL. Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de Infectologia [dissertação]. [São Paulo]: Programa de Pós Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2011.117 p.
5. Nações Unidas e a Resposta à AIDS no Brasil. UNAIDS. Disponível em: <http://www.unaids.org.br>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS/DST. Brasília; 2012.

7. Brasil. Boletim Epidemiológico do programa municipal de DST/AIDS e hepatites virais de vitória da conquista – ba, 2010.
8. Negrini SFBM. Estudo do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças filhas de mães soropositivas para o HIV no município de Ribeirão Preto, SP [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP; 2004. 101 p.
9. Santos FS, Neto MS, Reis VB, Teixeira CMS. Análise situacional da transmissão vertical do vírus HIV em serviço ambulatorial especializado em Imperatriz-MA. Ver. Pesq. Saúde 2010; 11(1): 46-50.
10. Neves LAS. Prevenção da transmissão vertical do HIV/aids: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas [dissertação]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2005. 129 p.
11. Silva MJM, Mendes WS, Gama MEA, Chein, MBC, Veras DS. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2010; 43(1): 32-5.
12. Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(4): 644-51.
13. Leal AF, Roese A, Sousa AS. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças o positivas. Invest. Educ. Enferm. 2012; 30(1): 44-54.
14. Connor EM, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N. Engl. J. Med., v. 1994; 331, p. 1173-80.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes, 2007.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
17. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2002; 2:157-65.
18. Costa MAP, Dantas NPM, Reis RK. Caracterização das gestantes vivendo com o HIV/aids no Estado de alagoas. ABENFO- MG. 2010.
19. Figueiró-Filho EA, Senefonte F, Lopes A, Júnior V, Botelho C, Duarte G. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV-1 em gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul – Brasil. DST – J. Brás. Doenças Sex. Transm. 2005; 17(4): 281-7.
20. Santos N, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev. Saúde Pública. 2002.
21. Lana FCF, Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2010; 63(4): 587-94.
22. Amaral JS, Silva JC, Carvalho LS, Carvalho NS, Urbanetz AA, Tristão EG. Perda de seguimento e transmissão vertical do HIV na cidade de Joinville, SC – Brasil. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010; Vol. 39, nº. 1.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, 2010.

Endereço para correspondência

Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR
Avenida Luís Eduardo Magalhães, 1305 Candeias.
Vitória da Conquista– Bahia – Brasil
CEP: 45055-420

Recebido em 14/11/2013

Aprovado em 21/09/2014