

PERFIL DAS GESTANTES HIV/AIDS ADMITIDAS EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE

Jéssica Ingrid de Melo Ramos¹
Laryssa Santana Menezes²
Derijulie Siqueira de Sousa³

Enfermagem



ISSN IMPRESSO 1980-1769
ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo traçar o perfil das gestantes HIV/AIDS admitidas em uma maternidade de alto risco em Aracaju/SE, no período de 2010 a 2011. Foram incluídos 64 prontuários de gestantes HIV/AIDS admitidas entre os meses de janeiro de 2010 e dezembro de 2011. Bem como, foram excluídos 34.326 prontuários que apresentaram sorologia negativa para o HIV, assim como os 15 prontuários que não foram encontrados. Observou-se que o grau de escolaridade de maior percentual das gestantes em ambos anos foi o 1º Grau Incompleto. Detectou-se que o perfil das gestantes soropositivas variou no período estudado, de 2,5% em 2010 e 2,1% em 2011. Com relação aos cuidados de profilaxia da transmissão vertical, notou-se que os mesmos foram realizados na maior parte das gestantes/parturientes. A maioria dos dados analisados está de acordo com a literatura pesquisada. Observou-se que esse conhecimento foi de grande importância para a instituição de realização do estudo e para o Estado de Sergipe, pois permitiu conhecer o perfil dessas gestantes para uma melhor condução do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE

HIV. AIDS. Gestantes.

This study aimed to define the profile of HIV/AIDS pregnant admitted in a high risk maternity in Aracaju-SE during the period from 2010 to 2011. We included 64 medical records of HIV/AIDS pregnant women admitted between the months of January 2010 and December 2011. And, 34.326 records were excluded who had tested negative for HIV, as well as the 15 records that were not found. It was observed that the level of education of the highest percentage of pregnant women in both years was the incomplete first grade. It turned out that the profile of HIV positive pregnant women during the study period ranged from 2.5% in 2010 to 2.1% in 2011. Regarding care prophylaxis of vertical transmission, it was noted that they were held in most pregnant women/mothers. Most data is analyzed according to the literature. It was observed that this knowledge was of great importance to the institution for the study and for the State of Sergipe, it allowed us to know the profile of these women for better conduction of care.

KEYWORDS

HIV. AIDS. Pregnant.

1 INTRODUÇÃO

O estágio de maior avanço da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), patologia emergente, transmissível e de ação pandêmica apontada como um dos maiores problemas de saúde coletiva (BRASIL, 2005).

A feminização da AIDS é o retrato da atuação sociosexual do público, agregado a características de fragilidade biológica da mulher. Entre as pessoas com mais de 8 anos de escolaridade, considera-se um decréscimo no número de casos do sexo masculino, o que não acontece, com igual proporção, no feminino (BRASIL, 2005).

Diante disso, esse fato torna-se preocupante, o que fica evidenciado nos estudos de Cechim, Perdomini e Quaresma (2007), onde a maioria das mulheres contaminadas está em plena vida reprodutiva, e como consequência disso ocorre o aumento de crianças infectadas pelo vírus do HIV a partir da transmissão vertical.

O perfil dos casos de AIDS entre mulheres notificadas no país mostra alguns fatores que contribuem para uma maior vulnerabilidade como: um menor grau de escolaridade comparado aos homens em igual situação, por conta de uma condição socioeconômica desfavorável, como também, uma maior proporção de mulheres expostas a esse vírus por conta de seus parceiros terem várias parceiras sexuais (SANTOS et al., 2009).

Nascimento e outros autores (2005) em seus estudos observaram que muitas dessas mulheres não conhecem a etiologia e as formas de transmissão/infecção das patologias. É o que ocorre com o conceito que criam a respeito da infecção pelo HIV/AIDS, posto que, para a maioria, evitar essa doença é ter assiduidade com o exame citopatológico, que realizam uma ou duas vezes por ano, na Unidade Básica de Saúde (UBS). Não compreendem este agravo como um mal bastante considerável, que vem sendo desenvolvidos estudos no decorrer dos anos e que, ainda assim, permanece incurável.

Torna-se evidente que a falta de conhecimento sobre a doença e sua forma de transmissão está ligada à baixa escolaridade e ao baixo nível socioeconômico, onde esses fatores interferem diretamente ao acesso dessas informações. Todo esse contexto indica que essas mulheres necessitam de ações voltadas para a educação em saúde, para obtenção de conhecimentos sobre a doença e suas formas de prevenção.

A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a fatores como: o estado clínico imunológico da mãe, presença de outras infecções e outra Doença Sexualmente Transmissível (DST), estado nutricional, uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, carga viral, duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intra-parto, prematuridade e baixo peso ao nascer do bebê, prática do aleitamento materno (BRASIL, 2006).

As gestantes com sorologia positiva para HIV deverão receber, a começar da 14^a semana, a zidovudina oral (AZT) e outros antirretrovirais (ARV), se preciso. Isto é, essas pacientes serão avaliadas clínica e laboratorialmente (níveis de CD4+ e carga viral) para essa indicação. A zidovudina intravenosa deverá ser concedida a todas as parturientes a partir do princípio de trabalho de parto, e preservada até o clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2005).

Visando a problemática do tema ser o conflito da transmissão vertical e a notória relação da carência de conhecimento com a infecção pelo vírus, o presente estudo foi realizado com o objetivo de traçar o perfil das gestantes com sorologia positiva para HIV.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de cunho retrospectivo, com abordagem quantitativa e análise descritiva, realizado na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), localizada no município de Aracaju/SE. Uma unidade de alta complexidade que atende as gestantes de alto risco, sendo referência do estado. A coleta dos dados foi feita no período de 23 a 30 de novembro de 2012.

O tipo de amostra foi por conveniência devido ao arquivo médico da maternidade (SAME) não possuir cadastro de prontuários informatizados, o que dificultou a identificação da amostra, já que estes são organizados por número de ordem crescente e não por patologias obstétricas. Para dar conta deste levantamento teve-se que buscar anotações nos Livros de Registros de Admissão de Pacientes da Unidade e nos Livros de Registros de Teste Rápido para HIV. Após relacionarem-se os nomes e número de registro do Hospital, foi-se para o Arquivo avaliar os prontuários.

Foram incluídos na pesquisa 64 prontuários de gestantes admitidas entre os meses de janeiro de 2010 e dezembro de 2011 com sorologia positiva para o HIV. Bem como, foram excluídos do estudo 34.326 prontuários das pacientes que apresentaram sorologia negativa para o HIV, assim como os 15 prontuários que não foram encontrados, totalizando uma amostra de 79 gestantes portadoras do HIV.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de observação estruturado, com questões abertas e fechadas, constando itens previamente elaborados pelas pesquisadoras, tais como: características sócio-demográficas (idade, escolaridade, estado civil, etc.) e obstétricas (idade gestacional, consultas pré-natal, uso de AZT, enfaixamento

30 | das mamas, entre outros). Para análise e tratamento dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010, onde, por meio deste foi possível a criação de tabelas e figuras que auxiliaram na interpretação dos dados. Em seguida, realizou-se a discussão dos resultados obtidos confrontando com a literatura atual.

Em relação ao aspecto ético, as pesquisadoras asseguraram o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações dos pacientes, seguindo as diretrizes e normas que regulamentam pesquisa, envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96 e, que o referido estudo requereu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes, tendo como número de protocolo 061012.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram admitidas, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, 34.405 gestantes, 16.897 no ano de 2010 e 17.508 no ano de 2011. No total, 0,23% (79) eram portadoras do HIV. A incidência de gestantes portadoras do HIV no ano de 2010 foi de aproximadamente 2,5 para cada 1.000 gestantes admitidas, no total de 43. A incidência no ano de 2011 foi de aproximadamente 2,1 gestantes com sorologia positiva para o HIV para cada 1.000 gestantes admitidas, no total de 36. Dessas 43 gestantes no ano de 2010, foram encontrados e analisados 34 prontuários e excluídos 9 (não encontrados), em 2011, foram analisados 30 prontuários encontrados e excluídos 6 (não encontrados). Notou-se um decréscimo no número de gestantes com sorologia positiva para o HIV no ano de 2011, em comparação com o ano de 2010, apesar do número de gestantes admitidas ter aumentado com o tempo, conforme mostrado na Tabela 1.

De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco, estima-se que no país, 0,4% das gestantes possuam sorologia positiva para o HIV, o que representa 12.635 gestantes/parturientes portadoras do vírus, esse número corresponde a mesma quantidade de crianças expostas ao ano (BRASIL, 2010a). Em compara o com a literatura citada a incidência de casos de gestantes com HIV em ambos os anos foi menor que a média nacional. Esse fato pode estar atribuído   questão do Estado de Sergipe ser menor proporcionalmente falando em compara o com o restante do país.

Tabela 1 – Incidência das gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011

VARIÁVEIS	2010	2011
Quantidade de gestantes admitidas	16.897	17.508
Quantidade de gestantes admitidas com HIV	43	36
Incidência	2.5‰	2.1‰

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 2, a faixa etária de maior incidência no ano de 2010 foi de 26 a 30 anos que correspondeu a 35% (12) do total, enquanto que no ano de 2011 foi de 21 a 25 anos que correspondeu a 37% (11). Verificou-se um decréscimo na idade das gestantes o que indica um aumento da dissemina o do vírus na popula o mais jovem e assemelhou-se com os dados do Boletim Epidemiológico onde as maiores propor oes de gestantes contaminadas pelo HIV estão condensadas na faixa etária de 20 a 29 anos (51,4%) (BRASIL, 2011).

Com relação ao estado civil constatou-se que em 2010, 79% (27) das gestantes se declararam solteiras, enquanto que em 2011, 43% (13) declararam ter uma união estável. Observou-se um aumento no número de gestantes com HIV que possuem uma união estável, ou seja, possuem relação sexual sem proteção com seus parceiros fixos. O grau de escolaridade, que obteve maior incidência em ambos os anos foi o primeiro grau incompleto, no ano de 2010 correspondeu a 50% (17) e no de 2011 a 40% (12) do total de gestantes, o que está em concordância com a literatura onde o maior índice do grau de escolaridade do país concentrou-se da 5ª à 8ª série incompleta, o que equivale a 26,9% (BRASIL, 2011). Vale ressaltar também, que o número de dados ignorados foi bastante significativo, 17,6% em 2010, e 23% em 2011.

Tabela 2 – Caracterização das gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011

VARIAVEIS	(n) 2010	(%) 2010	(n) 2011	(%) 2011
FAIXA ETÁRIA	-	-	-	-
15-20 anos	3	9	6	20
21-25 anos	11	32	11	37
26-30 anos	12	35	7	23
31-35 anos	6	18	3	10
36-40 anos	2	6	3	10
Ignorado	0	0	0	0
ESTADO CIVIL	-	-	-	-
Solteira	27	79	4	13
Casada	0	0	2	7
Separada	0	0	0	0
Divorciada	0	0	0	0
Viúva	0	0	0	0
Estável	0	0	13	43
Ignorado	7	21	11	37
ESCOLARIDADE	-	-	-	-
Nenhuma	0	0	0	0
1º Grau Incompleto	17	50	12	40
1º Grau Completo	5	14,7	5	17
2º Grau Incompleto	5	14,7	5	17
2º Grau Completo	1	2,9	1	3
Nível Superior	0	0	0	0
Ignorado	6	17,6	7	23

Fonte: Dados da pesquisa

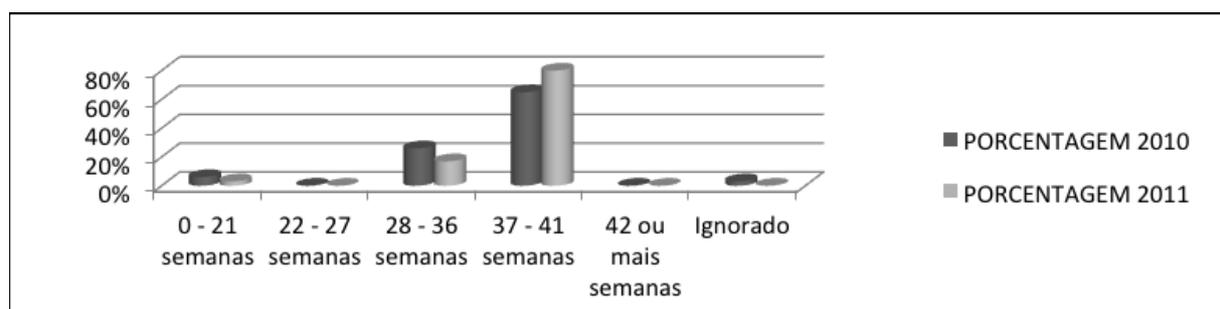
A maior parte das gestantes possuía como ocupação o ofício “do lar”, em 2010, 52,9% (18), seguido de “ignorado” com 17,6% (6) e em 2011 a mesma ocupação prevaleceu com 40% (12), seguido também de “ignorado” com 40% (12). De acordo com Santos e outros autpres (2009) esses dados podem estar relacionados tanto a uma condição de saúde comprometida, quanto aos obstáculos que essas mulheres com HIV enfrentam para entrar e manter-se no mercado de trabalho com esse diagnóstico. Com isso, notou-se que o baixo grau de escolaridade pode ser um fator importante de interferência na obtenção de uma profissão que exija uma maior qualificação, já que o mercado de trabalho requer cada vez mais esse tipo de profissional, demonstrado na Tabela 3.

OCUPAÇÃO	(n) 2010	(%) 2010	(n) 2011	(%) 2011
Artesã	0	0	1	3,3
Autônoma	0	0	1	3,3
Auxiliar de Costura	1	2,9	0	0
Comerciante	1	2,9	0	0
Costureira	1	2,9	0	0
Cozinheira	0	0	1	3,3
Do lar	18	52,9	12	40
Doméstica	2	5,8	1	3,3
Garçoneiro	0	0	1	3,3
Lavadeira	1	2,9	0	0
Lavadora	2	5,8	1	3,3
Manicure	1	2,9	0	0
Pescadora	1	2,9	0	0
Ignorado	6	17,6	12	40

Fonte: Dados da pesquisa.

O período de duração da gestação de maior incidência, em ambos os anos, foi de 37 a 41 semanas, o que totalizou em 2010, 65% (22) e em 2011, 80% (24), ou seja, a maioria das gestações foi a termo. Esses dados estão em consonância com os estudos de Brandão e outros autores (2011) que observou um grande número de partos cesáreos, associados aos nascimentos de idade gestacional acima de 37 semanas (85,1%). Porém, notou-se que no ano de 2010, 26% (9) das gestantes tiveram como tempo de gestação 28 a 36 semanas, com isso, verificou-se um número relevante de partos prematuros, comparados com o número de gestantes com essa mesma idade gestacional em 2011, 17% (5), o que pode estar associado a uma melhora na assistência pré-natal com o passar dos anos, conforme a Figura 1.

**Figura 1 – Duração da gestação
Gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011**

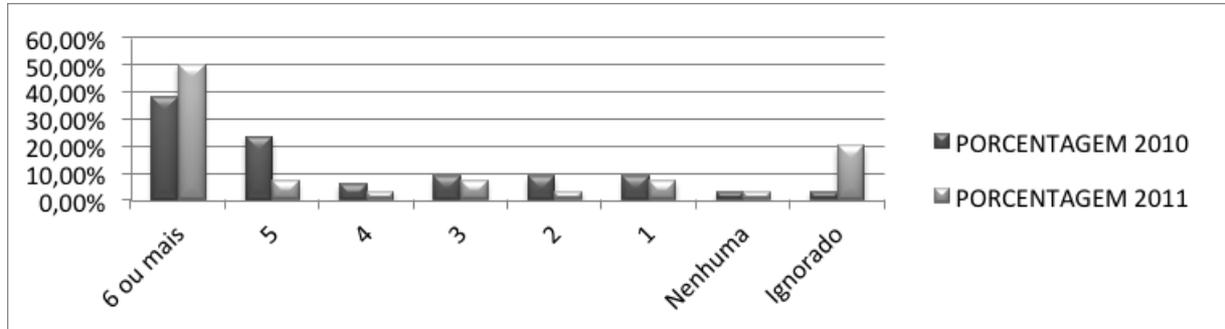


Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Figura 2, o número de consultas pré-natal realizadas pelas gestantes teve como maior incidência em 2010 "6 ou mais consultas", com um total de 38,2% (13) e em 2011, 50% (15) com o mesmo número de consultas, o que seria o ideal. Notou-se um aumento na adesão ao pré-natal com o passar dos anos pela diminuição de gestantes que não realizaram o total de consultas ideais no pré-natal, foi cerca de 35,1% (11) das gestantes no ano de 2010, realizaram 4 consultas ou menos e em 2011 foi cerca de 20% (7). É

relevante, também, que cerca de 20% em 2011, tiveram dados ignorados. Esses dados estão de acordo com o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério, onde consta que no decorrer do pré-natal a gestante deve realizar 6 consultas no mínimo, de preferência, uma consulta nos primeiros três meses, duas no segundo trimestre e três no último (BRASIL, 2005b).

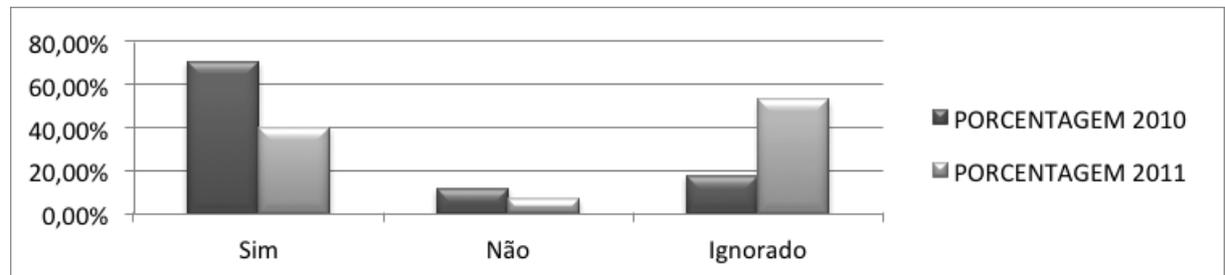
Figura 2 – Número de consultas Pré-Natal Gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011



Fonte: Dados da pesquisa.

Como demonstrado na Figura 3, sobre o uso do AZT no pré-natal a maior incidência no ano de 2010 foi de "sim" 70,5% (24) e em 2011 pela falta de registro nos prontuários a maior incidência foi de "ignorado" 53% (16), seguido de "sim" 40% (12). De acordo com Rezende (2008), o programa de terapia antirretroviral (TARV) depende essencialmente do período da gravidez em que o diagnóstico foi realizado e da carga viral. O tratamento deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gravidez e utiliza a AZT isolada ou a TARV combinada (AZT + 3TC+ Nelfinavir ou Nevirapina). A importância da profilaxia antirretroviral na gravidez, parto e período neonatal é que pode-se prevenir a transmissão vertical de 98-99%.

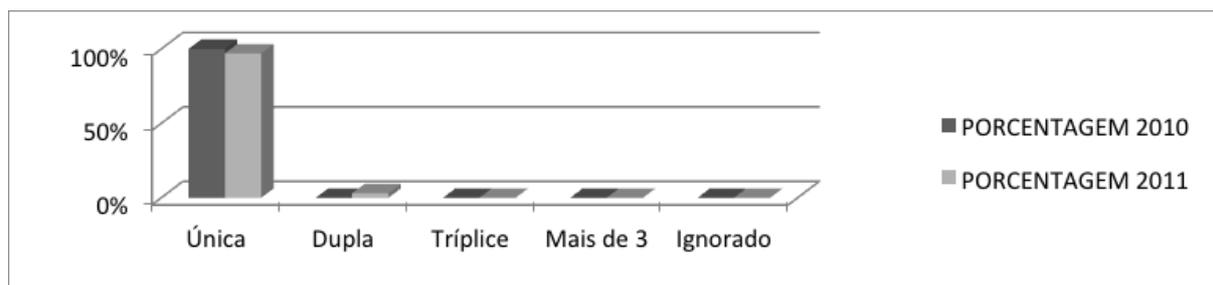
Figura 3 – Uso do AZT no Pré-Natal Gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011



Fonte: Dados da pesquisa.

Como evidenciado pela Figura 4, o tipo de gravidez de maior incidência em ambos os anos foi a "gestação única" com 100% (34) em 2010 e 97% (29) em 2011. Do total de prontuários analisados nos dois anos, apenas 1 era de gravidez dupla no ano de 2011, totalizando 3%. O maior desafio associado ao tipo de gravidez é a questão da transmissão vertical, pois em gestações múltiplas há um número maior de crianças em risco de contaminação.

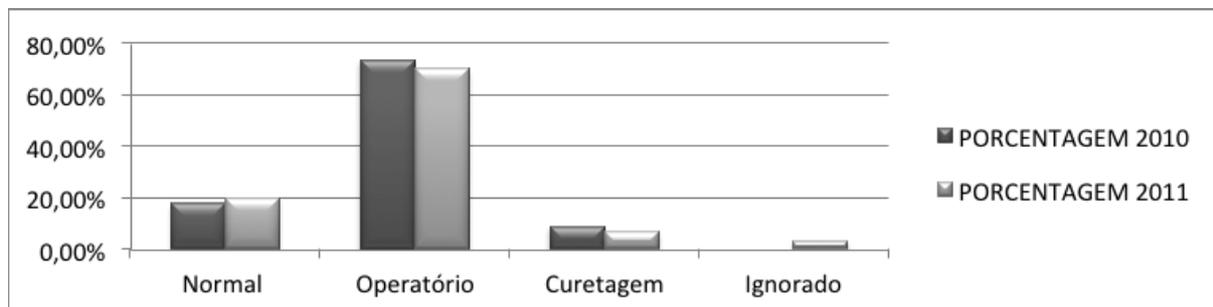
**Figura 4 – Tipo de Gravidez
Gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011**



Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao tipo de parto, no ano de 2010 prevaleceu o parto operatório com 73,5% (25), seguido do parto normal com 17,6% (6) e em 2011 seguiu a mesma tendência do ano anterior com 70% (21) de partos operatórios e 20% (6) de partos normais. A ocorrência de curetagem correspondeu a 8,8% (3) em 2010 e 3% (1) em 2011. Conforme Rezende (2008) é recomendada cesárea eletiva quando a gestante estiver com idade gestacional equivalente a 38-39 semanas e se a carga viral for ≥ 1000 cópias/ml, esse tipo de parto só será indicado se não ocorrer ruptura das membranas ou se a dilatação do colo uterino for menor que 3 a 4 cm. O mesmo autor, afirma, também, que o parto normal só será viável quando a carga viral for menor que 1000 cópias/ml, demonstrado pela Figura 5.

Figura 5 – Tipo de Parto - Gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011



Fonte: Dados da pesquisa.

O uso de AZT venoso antes do parto é relevante na prevenção da transmissão vertical. Segundo o Manual sobre Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV, todas as parturientes devem receber AZT intravenoso, independentemente do tipo de parto, essa profilaxia deve ser iniciada no mínimo 3 horas antes da cesárea eletiva ou desde o princípio do trabalho de parto até a ligadura do cordão umbilical (BRASIL, 2010b). De acordo com a Tabela 4, constatou-se que em 2010, prevaleceu o "sim" em resposta ao uso de AZT venoso antes do parto com 85% (29), seguido de "não" com 15% (5). Em 2011, continuou a prevalência de "sim" com 77% (23), seguido de "ignorado" com 20% (6) e "não" com 3% (1). A média de horas do uso do AZT intravenoso antes do parto foi de 4 horas, em concordância com esse mesmo Manual citado anteriormente.

O enfaixamento das mamas é uma medida importante na prevenção da transmissão vertical do vírus HIV, de acordo o Manual de Gestação de Alto Risco, a amamenta o está relacionada a um risco de transmissão de HIV de 7% a 22% e em casos de infec o aguda materna, pode-se chegar a 29%, desse modo, deverá ser feita a orienta o da não amamen-

tação a essas mães (BRASIL, 2010a). Sobre o enfaixamento das mamas, prevaleceu no ano de 2010 o “sim” com 88% (30) em comparação com o “não” 6% (2), em 2011, a porcentagem de “sim” foi de 83% (25) seguido de “ignorado” com 17% (5), nesse ano a porcentagem de “não” foi de 0%. Notou-se que a essa medida profilática foi realizada na maioria dos casos em ambos os anos de estudo, evidenciado pela Tabela 4.

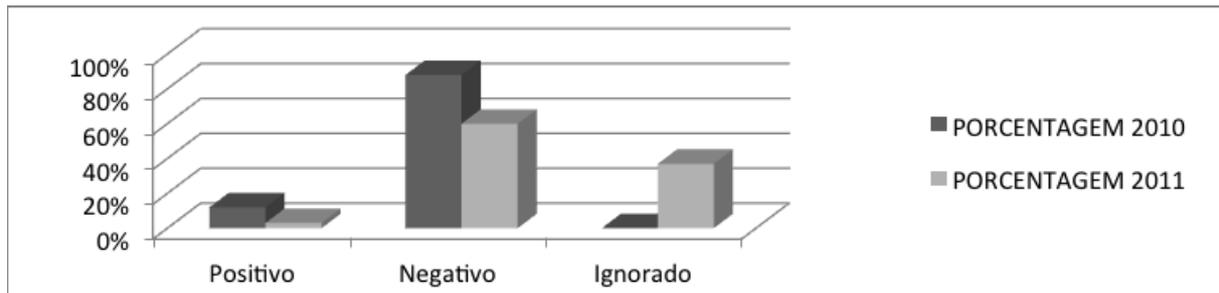
Tabela 4 – Caracterização dos cuidados a gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011

VARIÁVEIS	(n) 2010	(%) 2010	(n) 2011	(%) 2011
AZT VENOSO ANTES DO PARTO	-	-	-	-
Sim	29	85	23	77
Não	5	15	1	3
Ignorado	0	0	6	20
USO DO AZT – HORAS ANTES DO PARTO	-	-	-	-
1 hora	3	10,3	4	17
2 horas	3	10,3	2	9
3 horas	3	10,3	2	9
4 horas	11	37,9	7	30
5 horas	4	13,8	4	17
6 horas ou mais	5	17,2	4	17
ENFAIXAMENTO DAS MAMAS	-	-	-	-
Sim	30	88	25	88
Não	2	6	0	6
Ignorado	2	6	5	6

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao resultado de VDRL, exame realizado para detecção da sífilis, demonstrou-se que houve um maior predomínio no ano de 2010 de resultados negativos 88% (30) em comparação com resultados positivos 12% (4), em 2011, observaram-se 60% (18) de resultados negativos, 3% (1) de resultados positivos e um grande número de “ignorado” 37% (11), o que não deveria existir, pois deve-se ofertar esse exame, tanto no pré-natal, quanto no momento do parto. A oferta de VDRL para gestantes é importante para nortear e avaliar a assistência prestada, pois conforme o Guia de Bolso sobre Doenças Infecciosas e Parasitárias, casos de sífilis em gestantes demonstram possíveis erros na assistência, principalmente da atenção ao pré-natal, devido ao fato dessa doença ser tratada de forma simples e possuir a capacidade de ser diagnosticada precocemente (BRASIL, 2010c), de acordo com a Figura 6.

**Figura 6 – Resultado de VDRL
Gestantes HIV/AIDS admitidas na MNSL em 2010-2011**

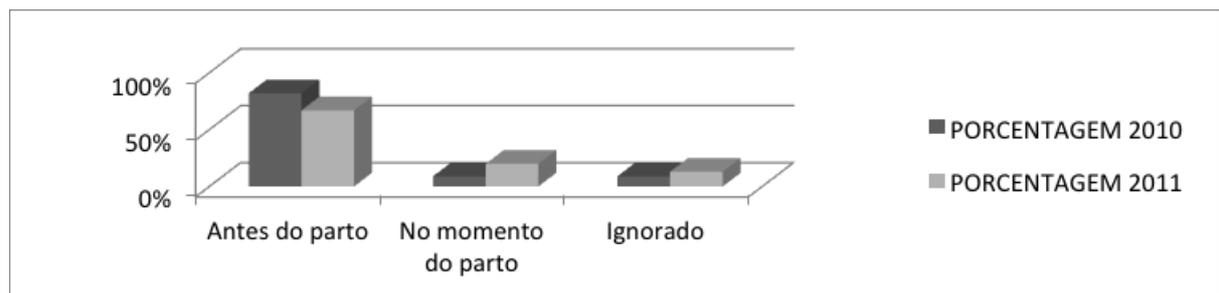


Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o momento do diagnóstico do HIV, constatou-se que em 2010, houve um maior número de diagnósticos antes do parto 82% (28), seguido dos diagnósticos feitos no momento do parto 9% (3), em 2011, ocorreu uma diminuição no número de diagnósticos feitos antes do parto 67% (20) e um aumento nos diagnósticos feitos no momento do parto 20% (6), conforme Figura 7. Percebeu-se que esse aumento de diagnósticos feitos no momento do parto pode estar intimamente ligado a uma falha na assistência durante pré-natal, momento em que deve ser solicitado o exame anti-HIV e ser iniciada a profilaxia da transmissão vertical.

Segundo as Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV, deve-se ofertar o teste anti-HIV e fazer o aconselhamento a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal. Destaca-se ainda nesse Manual, que há uma necessidade de realização de no mínimo uma sorologia para o HIV, durante o período da gestação e repetição dessa sorologia, em casos de risco de exposição constante ao HIV ou quando a gestante encontra-se no período da janela imunológica, ao longo da gravidez ou no momento do parto (BRASIL, 2004).

**Figura 7 – Momento do diagnóstico das gestantes HIV/AIDS
admitidas na MNSL em 2010-2011**



Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se que esforços devem ser realizados para a melhoria da qualidade do pré-natal, já que este destina-se a manter a integridade das condições físicas materna e perinatal. A maioria dos dados analisados estão de acordo com a literatura pesquisada, porém, vale ressaltar o fato do público alvo da maternidade Nossa Senhora de Lourdes ser praticamente SUS dependentes, diferentemente daquelas gestantes HIV positivas que possuem melhor poder aquisitivo e procuram o serviço de maternidades particulares.

Com relação à grande porcentagem de dados ignorados, se deve a falta de registros completos nos prontuários, que interfere na condução de uma assistência adequada, pois um prontuário preenchido adequadamente é de grande valia para a qualidade da assistência e para o benefício da mesma, além de servir como objeto de ensino e pesquisa. Esta pesquisa foi de grande importância tanto para a Maternidade, quanto para o Estado de Sergipe, pois permitiu identificar o perfil dessas gestantes HIV/AIDS para uma melhor condução do cuidado, desde o pré-natal até o pós-parto.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, T. et al. Características epidemiológicas e nutricionais de gestantes vivendo com o HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes**. Brasília – DF, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07ConsensoGestante2004.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

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: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – Aids e DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano VIII, n. 01, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2012.

38 | CECHIN, P. L.; PERDOMINI, F. R. I.; QUARESMA, L. M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, set./out. 2007.

NASCIMENTO, A. M. G. do et al. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n1/a10v05n1.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

REZENDE J, M. C. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. São Paulo, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2012.

Data de Recebimento: 21 de março de 2013

Data da Avaliação: 11 de junho de 2013

Data do Aceite: 12 de junho de 2013

1 Graduada em Enfermagem - Universidade Tiradentes - UNIT. E-mail: jessicaingridmelo@yahoo.com.br

2 Graduada em Enfermagem - Universidade Tiradentes - UNIT. Email: laryssa_menezes@hotmail.com.

3 Graduada em Enfermagem - Universidade Tiradentes – UNIT, Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – UNIT, professora do Curso de Enfermagem – UNIT, orientadora e co-autora do presente artigo. E-mail: derijulie@hotmail.com.

Este artigo foi produzido como Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem Bacharelado, 2012/02.