

GESTANTES COM HIV/AIDS: DETECÇÃO DE CASOS E FATORES SÓCIO-EDUCACIONAIS

PREGNANT WOMEN WITH HIV/AIDS: DETECTION THE CASE AND FACTORS SOCIO- EDUCATIONAL

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo detectar casos de HIV/AIDS e analisar dados sócio-educacionais em gestantes que realizaram rotina de assistência pré-natal, no período de janeiro a dezembro de 2008, no SAE (Serviço de Atendimento Especializado) em Guarapuava-PR. O estudo foi realizado através de dados de registros dos exames de 14 pacientes. Foi possível constatar que 85% eram jovens, 57% brancas, 86% possuíam ensino fundamental incompleto, 29% dos parceiros eram HIV positivos, 14.28% disseram que o parceiro era desconhecido. Quando se tratou da presença ou não de AIDS 28.57% desenvolveram a doença e 71.42% ainda não apresentou sintomas e 28.57% são usuárias de drogas. A maioria das gestantes com HIV, são de baixa escolaridade, jovens e brancas.

Palavras-chave: Gestantes, HIV/AIDS, saúde pública.

ABSTRACT

This study aimed to detect cases of HIV/AIDS and analyse socio-educacin in pregnant who had routine prenatal care in the period January to December 2008, the NCS (Customer Service Specialist) in Guarapuava-PR. The study was conducted using data from records of the examinations. It was found that 85% were young, 57% white, 86% had incomplete primary education, 29% of partners were HIV positive, 14.28% were unknown. Most partners were HIV positive and 14.28% said the partner was unknown. When it came to the presence or absence of AIDS 28.57% developed the disease and 71.42% have not yet developed symptoms and 28.57% are drug users. Most pregnant women with HIV, are poorly educated, young and white.

Keywords: Pregnancy, HIV / AIDS, public health.

I. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana – AIDS, é um problema de grande magnitude que progride em todas as regiões do planeta. Ultimamente, dados epidemiológicos registram aumento de casos em mulheres, representando a possibilidade de transmissão vertical (TV) do HIV, que responde atualmente por mais de 80% dos casos de AIDS em crianças menores de 13 anos ⁽¹⁾.

A transmissão vertical ⁽²⁾, também denominada materno-infantil, é a principal via de infecção pelo HIV em crianças. Estimativas do número de gestantes infectadas pelo HIV para o Brasil ⁽³⁾, apontam, atualmente, para cerca de 13 mil, considerando-se apenas as idades de 15 a 49 anos.

O governo brasileiro vem se empenhando para reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV no País. Entre as medidas, têm-se o aconselhamento e a realização de sorologia para HIV no pré-natal, a administração da zidovudina combinada a outros anti-retrovirais para as gestantes infectadas, a administração da zidovudina durante o trabalho de parto e no pós-parto para os recém-nascidos e a substituição do aleitamento materno. Esses procedimentos estão disponíveis à toda população de forma universal e gratuita. É também recomendada a realização do parto por operação cesariana eletiva (realizada antes do início do trabalho de parto, ou seja, com as membranas amnióticas íntegras) para as gestantes com pelo menos 34 semanas de gestação e carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou quando a carga viral for desconhecida⁽⁴⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil, tendo em vista o crescimento da epidemia na população feminina, publicou em 1995, uma norma específica sobre prevenção da transmissão vertical, estabelecendo-a como uma das prioridades do Programa Nacional de DST/AIDS. O número de mulheres que engravidam e retornam a engravidar em vigência da infecção pelo vírus não é pequeno e os dados disponíveis ainda não demonstram a total realidade, mas apenas uma estimativa de qual é a população brasileira de gestantes portadoras do HIV ^(5,6,7).

A quantidade de mulheres grávidas infectadas pelo vírus HIV tem sido cada vez maior, por falta de esclarecimento ou ainda por falta de cuidado da mãe, sendo que em grande parte dos casos a transmissão ocorre para o feto. E o número de gestantes que passam o vírus para seus filhos aumenta cada vez mais. A transmissão vertical do vírus HIV pode ser reduzida se a saúde pública efetivar campanhas que mostrem às mães a problemática da AIDS tanto para elas quanto para seus futuros filhos ⁽⁸⁾.

Embora a transmissão vertical possa ocorrer desde a oitava semana de gestação, pelo menos metade dos casos de infecção fetal acontece imediatamente antes ou durante o parto, e a amamentação pode aumentar a taxa de transmissão em até 20%⁽⁹⁾. De maneira geral, a taxa de transmissão vertical é de 40%.12 Contudo, se medidas preventivas forem adotadas corretamente, a taxa de transmissão cai para 1% a 2%⁽⁹⁾ entre essas medidas, encontramos: utilização de drogas antirretrovirais durante a gestação e trabalho de parto, realização de operação cesariana eletiva e evitar aleitamento materno⁽¹⁰⁾.

As gestantes infectadas pelo vírus da Aids defrontam-se com um conjunto de informações, prescrições e práticas que tornam este período particular em relação a outras gestações e experiências. A condição de soropositividade para o HIV faz com que o parto seja percebido, pelas gestantes, como uma prescrição médica, deixando o desejo em segundo plano. Mas, além deste fator, o tipo de serviço ao qual a gestante encontra-se vinculada aparece como determinante, tanto para a indicação fornecida como para sua concretização ou não ⁽¹¹⁾.

Neste sentido o objetivo deste artigo é identificar casos de HIV e analisar dados sócio-educacionais, através dos dados do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Guarapuava, Paraná, de gestantes que realizaram rotina de assistência pré-natal, no período de janeiro a dezembro de 2008.

II. METODOLOGIA

Este estudo relacionou o número de casos de HIV/AIDS com os dados sócio educacionais, tais como, idade, raça/cor, município, escolaridade, se as gestantes eram usuárias de drogas e soropositividade dos parceiros, através da base de registros dos exames do Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS – SAE, Guarapuava-PR, que realizaram seu pré-natal pela secretaria municipal de saúde, no período de janeiro a dezembro de 2008. Totalizando 14 gestantes. O SAE, realiza exames de doenças sexualmente transmissíveis – DST, inclusive HIV, palestras em escolas públicas, empresas privadas, faculdades e universidades sobre os meios de prevenção existentes contra a AIDS. Conta também com uma equipe de profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas que auxiliam no tratamento dos pacientes. A equipe oferece palestras para as pessoas infectadas pelo HIV duas vezes ao mês cada uma com um assunto diferente visando uma melhor qualidade de vida aos infectados. Além disso, fornece todo o tratamento terapêutico gratuitamente aos pacientes e promovem junto ao Governo a campanha "Fique Sabendo" com testes rápidos para a sorologia do HIV durante o ano todo. Atendendo a população dos seguintes Municípios: Guarapuava, Laranjeiras do Sul, Laranjal, Prudentópolis, Rio Bonito do Iguaçu, Boa Ventura do São Roque, Turvo, Pitanga, Campina do Simão, Goioxim, Marquinho, Cantagalo, Candói, Nova Laranjeiras, Porto Barreiro, Foz do Jordão, Reserva do Iguaçu e Pinhão. Em nosso estudo as gestantes residem nos seguintes Municípios: Guarapuava, Laranjeiras do Sul, Laranjal, Prudentópolis, Rio Bonito do Iguaçu. Este projeto com número de protocolo 05562/2009, foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – COMEP, da Universidade Estadual do Centro- Oeste – UNICENTRO.

III. RESULTADOS

Através da análise dos dados do SAE - DST/AIDS, foi possível constatar 14 gestantes com HIV e estas realizaram seu pré-natal no serviço público de saúde da região, no período de janeiro a dezembro de 2008, as idades variaram entre 15 a 40 anos, sendo 15-20 (3/14) 21%, 21-25 (9/14) 64% e 26-40 (2/14) 15%, somando 21% a 64%, totaliza (12/14) 85% de jovens. Com relação a cor/raça, (8/14) 57.14% brancas, (4/14) 28.57% pardas, (1/14) 7.14% morenas e (1/14) 7.14% negras. Quanto a distribuição das pacientes por municípios (9/14) 64.28% residem em Guarapuava, (2/14) 14.28% em Laranjeiras do Sul, (1/14) 7.14% em Laranjal, (1/14) 7.14% em Rio Bonito do Iguaçu e (1/14) 7.14% em Prudentópolis. Com relação aos respectivos parceiros, (4/14) 28.57% eram portadores do HIV, (3/14) 21.42% HIV negativos e (2/14) 14.28% o parceiro era desconhecido, (5/14) 35.71% não informaram. Quando se tratou da presença de AIDS, (4/14) 28.57% desenvolveram a doença e (10/14) 71.42% ainda não apresentaram os sintomas. Constatamos que (4/14) 28.57% são usuárias de drogas e (10/14) 71.42% não tem contato com essas substâncias. Em se tratando da escolaridade encontramos que apenas (1/14) 7% possuem ensino médio completo, (1/14) 7% possuem o ensino fundamental completo, 11/14 (86%) o ensino fundamental incompleto e (1/14) 7% não informou.

Tabela 01 - Dados dos exames realizados em pacientes gestantes portadoras do HIV, no período de janeiro a dezembro de 2008.

PACIENTE	IDADE	RAÇA	ESCOLARIDADE	MUNICÍPIO
RMG	24	Branca	2º grau completo	Guarapuava
FBO	21	Morena	1º grau completo	Guarapuava
MN	24	Parda	1º grau incompleto	Laranjeiras do Sul
BCO	25	Branca	1º grau incompleto	Laranjeiras do Sul
VFM	22	Branca	1º grau incompleto	Laranjal
SAR	40	Branca	1º grau incompleto	Guarapuava
MPS	18	Negra	1º grau incompleto	Rio Bonito do Iguaçu
NCS	22	Branca	1º grau incompleto	Guarapuava
ACL	24	Parda	1º grau incompleto	Guarapuava
DLCB	25	Branca	1º grau incompleto	Guarapuava
EM	36	Parda	Não informado	Prudentópolis
BFLS	15	Branca	1º grau incompleto	Guarapuava
SAMP	20	Branca	1º grau incompleto	Guarapuava
MMN	24	Parda	1º grau incompleto	Guarapuava

IV. DISCUSSÃO

O acréscimo da prevalência de AIDS entre as mulheres ocorreu fundamentalmente entre as mulheres da faixa etária entre 25-39 anos, ou seja, em plena idade reprodutiva, a consequência lógica foi o aumento do número de casos de transmissão materno-infantil desse vírus^(12,13). Dessa forma, a transmissão vertical constitui atualmente a principal via de infecção

pelo HIV da população infantil, sendo responsável por mais de 95% dos casos de AIDS pediátrica⁽¹⁴⁾.

Com o objetivo de monitorar a disseminação da infecção pelo HIV, foi-se instituída a vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva. Desde sua implantação em 2000, foram notificados 41.777 casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 2008, destaca-se que, em 2006, a região Sul, entre as demais regiões brasileiras, apresentou o 2o maior coeficiente de infecção por HIV em gestantes, cerca de 5,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos⁽¹⁵⁾.

Segundo Fonseca⁽¹⁶⁾ a AIDS no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade. No que se refere ao nível de escolaridade das gestantes do nosso estudo, a maioria possui ensino fundamental incompleto (Tabela 01), concordando ainda com os estudos de Fonseca que revelam que quanto menor a escolaridade mais chances a paciente grávida portadora de HIV tem de não possuir as informações e esclarecimentos necessários para evitar a transmissão vertical do vírus⁽¹⁷⁾.

Neste contexto da escolaridade existem outros fatores relacionados, como a região, pois Fonseca *et al.* ⁽¹⁸⁾, encontrou que apenas na região sul do Brasil ocorreu aumento dos casos de AIDS nos indivíduos com ensino médio completo e também ocorrem diferenças relacionadas ao sexo e escolaridade, pois para o sexo masculino os casos com baixa escolaridade vêm crescendo e para as mulheres observa-se uma constância.

A AIDS atinge todas as classes sociais, mas não igualmente. Aqueles grupos mais atingidos em determinado momento podem não ser os mesmos após certo período de tempo. A infecção pelo HIV continuará atingindo as classes sociais de maior renda, expandindo-se, porém, cada vez mais amplamente entre os indivíduos mais pobres. Dentre esses, as mulheres ocupam lugar de destaque: entre os pobres, são elas as que menos condições têm de mudar as situações que as colocam em risco para a vida em geral ⁽¹⁹⁾.

Em nosso estudo pode-se perceber que a maioria das gestantes infectadas são jovens, 12/14 (85%), faixa etária de 15 a 25 anos, semelhantemente, Silveira *et al.*⁽²⁰⁾ pesquisou a atenção pré-natal e constatou que grande parte das mulheres se contaminam na faixa etária de 15 a 24 anos. As jovens possuem uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV e também à gravidez indesejada, devido as limitações de lazer e cultura, do acesso aos equipamentos sociais, incluindo serviços de saúde e educação e das oportunidades ocupacionais e de rendimento ⁽²¹⁾.

Essa intrincada rede de fatores estruturais e comportamentais permite dizer que esses jovens estão sujeitos não a um ou outro fator de risco, mas a diversos deles, pois são fatores que, além de influenciar o exercício pleno e responsável da sexualidade e da reprodução, os expõem as maiores chances de violência doméstica, sobretudo de abuso sexual. ⁽²²⁾

Em um estudo em gestantes infectadas com HIV Carvalho e Piccinini⁽²³⁾ revelaram comportamentos sexuais de risco e dificuldade de assimilação do diagnóstico, com tentativas de justificar a origem da infecção. Também apareceram medos, culpas, preconceitos, frustração com a própria mãe, perda da figura materna, falta de apoio familiar e instabilidade na relação com o pai do bebê. Sendo que os autores discutiram a importância de intervenções psicológicas com gestantes portadoras de HIV/Aids, visando à adesão ao tratamento e à prevenção da transmissão materno infantil do HIV.

Constatamos que 28.57% são usuárias de drogas e 71.42% não tem contato com essas substâncias. Porém, existe uma expressiva participação dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), entre as ocorrências de AIDS, desempenha papel central no processo de expansão da epidemia para municípios de pequeno e médio porte, bem como tem contribuído para o aumento de casos entre as mulheres usuárias de drogas injetáveis ou aquelas que contraíram o HIV por meio de relações sexuais com parceiros UDI. Em adultos usuários de drogas injetáveis verifica-se que, independentemente do sexo, há considerável predominância de indivíduos com baixa escolaridade desde o início da epidemia ⁽¹⁶⁾.

Quando se tratou da presença de AIDS, 28.57% desenvolveram a doença e 71.42% ainda não apresentaram os sintomas. Estes dados estão de acordo com o estudo de Veloso *et al.* ⁽²⁴⁾ e Cechim *et al.* ⁽²⁵⁾, indicando que nem sempre os sintomas estão presentes de imediato em gestantes portadoras do vírus HIV, levando muitas a não tomarem as devidas precauções.

Com relação a cor/raça, (8/14) 57.14% brancas, (4/14) 28.57% pardas, (1/14) 7.14% morenas e (1/14) 7.14% negras. No Brasil a inclusão desta variável nos grandes bancos de dados não é só recente como ainda bastante deficiente, seja da perspectiva da utilização de classificações contrastantes nos diferentes sistemas de informação, seja da perspectiva do não-preenchimento da variável^(26,27). Em 2000, somente 3,9% dos registros apresentavam a classificação racial dos casos. Uma proporção mais expressiva de preenchimento somente aconteceu a partir de 2003, quando mais de dois terços dos casos passaram a contar com esta infor-

mação. Com proporções de respostas válidas tão baixas, qualquer interpretação se mostra uma empreitada temerosa ⁽²⁸⁾.

Até o final de 2005, 25 milhões de pessoas morreram decorrentes da AIDS sendo que só até o final do ano de 2008 há uma estimativa de que ocorreram 4,9 milhões de novos casos no mundo de infecção pelo HIV. Há 40 milhões de pessoas que vivem com a doença mundialmente, e sabe-se que 95% dessa população encontram-se na África Sub-saariana, no Leste Europeu e na Ásia ⁽²⁹⁾. Neste sentido autores como Barcelos *et al.* ⁽³⁰⁾, e Cavalcante *et al.* ⁽⁴⁾ concordam em afirmar que informação pode salvar vidas, tanto dos futuros bebês de mulheres infectadas pelo vírus da AIDS quanto a vida delas mesmas.

A transmissão materno-infantil do HIV durante a gravidez e, sobretudo durante o parto pode provocar danos vultosos para o bebê por ocorrer num momento de maturação do sistema imunológico. Atualmente, estima-se que a ocorrências de infecção entre as gestantes no Brasil varie entre 0.5% e 1% ⁽²⁴⁾.

Em relação à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV, é sabido que fazer o diagnóstico da infecção neste período possibilita a utilização de medidas preventivas que, quando bem aplicadas podem reduzir drasticamente as taxas de transmissão. Uma vez que isso não ocorra, ainda é possível o diagnóstico no momento do parto, através do teste rápido anti-HIV possibilitando a instauração das medidas preventivas estabelecidas ⁽³⁾.

Os estudos de Souza *et al.* ⁽³¹⁾ e de Rodrigues *et al.* ⁽²⁹⁾ comprovaram que muitas das grávidas infectadas não querem assessoria, escondem-se, não desejam falar e tratar sua doença, no entanto isso é um problema social que deve ser combatido, pois informação é a chave de uma vida com mais qualidade, tanto para a mãe quanto para o bebê. Barbosa *et al.* ⁽¹¹⁾ e Carvalho e Piccinini ⁽²³⁾ revelam que um ponto importante nas mulheres infectadas e grávidas, é o esclarecimento, pois obtendo mais informação, a possibilidade de transmissão do HIV verticalmente pode ser diminuído.

Neste sentido destacam-se os estudos de Cardoso ⁽³²⁾ revelando que a população de grávidas é especialmente importante a ser considerada como parte de um sistema de vigilância do HIV, não só pelo risco de terem tido relações sexuais com homens infectados pelo HIV, mas também por causa da possibilidade de transmissão vertical para suas crianças. As taxas de infecção pelo HIV em gestantes relatadas em diversos estudos no Brasil são variáveis, mas bai-

xas, se comparadas a outros países em desenvolvimento, pois o programa Nacional de DST/Aids, atual Coordenação Nacional de DST/Aids, não tem poupado esforços ao longo dos anos em direção à superação desses índices e redução de vidas perdidas. Atividades formativas junto a profissionais, usuários, professores e alunos têm sido orquestradas.

Segundo o Ministério da Saúde⁽³³⁾, a garantia da realização do teste anti-HIV representa a primeira etapa da prevenção da transmissão vertical (passagem do vírus do HIV na gestação, parto e amamentação), uma vez que é a partir do resultado, que se podem adotar as recomendações visando à diminuição da transmissão vertical. Falhas na cobertura da testagem durante o pré-natal é um fato grave, uma vez que impossibilita efetivamente a adoção precoce das medidas profiláticas.

Todas as gestantes devem realizar o teste para identificação da infecção pelo vírus HIV. É um exame de rotina na avaliação pré-natal. Este exame é particularmente importante, pois existem tratamentos que comprovadamente reduzem a chance de transmissão perinatal, o que pode ocorrer durante a gravidez, parto, e amamentação⁽³⁴⁾. Segundo o Ministério da Saúde⁽³⁵⁾ estatisticamente, 90% das crianças com AIDS no mundo adquiriram a doença pela transmissão vertical. Como o maior risco de infecção perinatal ocorre no momento do parto, o teste poderá contribuir para reduzir de maneira considerável a transmissão do vírus para o bebê.

A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Isso ocorre, entre outros motivos, porque a cobertura de realização de testes para o HIV no período pré-natal é muito inferior ao desejado, sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV em decorrência de fatores como a baixa adesão ao pré-natal⁽³⁴⁾.

No Brasil, atualmente, estima-se que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem esse vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou no parto, ou por meio da amamentação. Segundo o Ministério da Saúde⁽³²⁾, a probabilidade de transmissão materno-infantil do HIV, foi demonstrada por vários estudos, sendo evidenciado que a maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, e o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, de 7 a 22%. Já os estudos de Veloso⁽²⁴⁾ mostram que é consideravelmente

perigoso o numero de gestantes portadoras de HIV e que estas devem ter uma atenção redobrada pelo sistema de saúde.

Já para Cechim⁽²⁵⁾ muitos são os motivos que levam uma mãe soropositiva a não aderir ao devido tratamento, entre eles destacam-se: falta de instrução, negação da doença, abandono, carência, imaturidade afetiva e, principalmente falta de perspectiva, evidenciando a necessidade de maiores programas no incentivo a adesão a exames e tratamentos neste sentido.

V. CONCLUSÃO

Ao realizarmos o levantamento de casos de HIV em gestantes que foram atendidas pelo SAE, pôde-se analisar dados sócio-educacionais, e nestes, observamos que a maioria destas gestantes com HIV, são: jovens, brancas, ainda não desenvolveram a doença, não são usuárias de drogas e possuem baixa escolaridade. Neste sentido, destacamos a importância de campanhas educativas focadas na mulher, para diminuir o número de gestantes infectadas, que, na grande maioria, encontram-se na fase reprodutiva. A vigilância de gestantes soropositivas e crianças expostas permite o acompanhamento da prevalência de infecção entre as gestantes e da transmissão vertical do vírus.

VI. REFERENCIAS

- 1- Araújo MALV, Silva NF, Cunha RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará; Ciência & Saúde Coletiva, 13(6):1899-1906, 2008
2. Vermelho LL, Silva LP, Costa AJL. Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil.
3. Boletim Epidemiológico Ano XII, nº 02, março a maio de 1999
- 4 - Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Pontes, LRSK. Transmissão Vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a situação Epidemiológica em uma capital do Nordeste. Rev Bras Ginecol Obstet 26 (2): 131-138, 2004.
- 5 - Christovam B, Acosta LMW, Lisboa EP, Brito MRV, Flores R. Estimativa prevalência de HIV em gestantes por análise espacial. Rev Saúde Pública 2006 out; 40(5): 928-930.
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: resultados do estudo sentinela -parturiente-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.

2004.

7 – Barbosa RHS. Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+ / Women, reproduction and aids: the plots of the ideology in the attendance to the health of pregnant HIV. Rio de Janeiro; s.n; dez. 2001.

8 Wiethäuper FS, Cechin PL, Correia SG. AIDS em gestantes: possibilidade de reduzir a transmissão vertical / AIDS in pregnant women: possibility of reducing the vertical transmission. Rev. Bras. Enferm. 56(3):221-225, maio-jun. 2003.

09- Ministério da Saúde. Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescentes. Brasília; 1998. Report No.: ISBN 85-334-0167-1.

10- Campos BA, Saab NJA, Koettker SS. HIV na Gestação. In Saab Neto JA. Manual de Rotinas de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra. Florianópolis. 2006; 74-77.

11 -. Barbosa RM, Knauth DR, Hopkins K, Pegoraro M, Fachini R. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. Interface (Botucatu) vol.6, no.11, Botucatu, Aug., 2002.

12-Lígia MD de L, Ricardo QG, Amaury LDF. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005; 27(1): 32-6.

13-Duarte G, Gonçalves CV, Marcolin AC, Carvalho Paschoini M, Mussi-Pinhata MM, Quintana SM. Teste Rápido para Detecção da Infecção pelo HIV-1 em Gestantes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2001; 23 (2): 107-111.

14-de Carvalho RL, Krahe C, Farina G, de Oliveira Paula D, Crossetti T, Richetti N. Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2004; 26 (4): 325-328.

15- Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília; 2008. Report No.: ISSN 1517 1159.

16 - Fonseca MGP, Castilho EA. Os casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1980-1997. Boletim Epidemiológico - AIDS, X (2): 6-14, SE 23 a 35, 1997.

17 - Carvalho RL, Krahe C, Farina G, Paula DO, Richetti N, Crossetti T. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.26, n.4, mai 2004.

18 - Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16(Sup. 1), p. 77-87, 2000.

19- O' Leary SE, Cheney B. 1993. A Tripla Ameaça : Mulheres e Aids: Dossiê Panos. Rio de

Janeiro : A B I A / Recife: SOS Corpo/London: Panos Institute Ltd.

20 - Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré- natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2002.

21- Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa Junior A, Gomes MRO, Costa EAMM, Maletta BV, Carvalho RFM, Oliveira SR, Chequer P. Comportamento de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 16 (supl.1), 2000. p. 113-128.

22 - Seixas, A. Abuso sexual na adolescência. In: Schor N, Mota ME, Castelo Branco V. (orgs.). Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1.,1999.

23 - Carvalho FT; Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. Interação em Psicologia, 2006, 10(2), p. 345-355.

24 – Veloso VG, Portela MC, Vasconcellos MTL, Matzenbacher LA, Vasconcelos ALR de, Grinsztejn B, Bastos FIL. Testagem anti-HIV em mulheres grávidas no Brasil: taxas e preditores. Rev Saúde Pública 2008;42(5):859-67

25– Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 519-23.

26- Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade Infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21:1602-8.

27-Travassos C, Willians DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20:660-78.

28 - Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):497-523, mar, 2007.8 - Rodrigues I, Carneiro ISS, Pivatto LF. Exame Anti-Hiv Na Gestante: Conhecimento Das Puérperas, Boletim de Enfermagem, volume 01, 2008, pág.(57-71) .

29- Rodrigues I, Carneiro ISS, Pivatto LF. Exame anti-HIV na gestante: Conhecimento das puérperas, Boletim de Enfermagem, vol. 01, 2008 pág. (57-71).

30 - Barcelos NT, Kuchenbecker R, Ferreira J. Infecção Pelo HIV Em Adultos: Parte I. In: Ducan BB, Schmidt MI, Giugliani ERK, Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004.

31 - Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA.

Infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do estudo-sentinela parturiente, Brasil, Rev Saúde Pública. 2004.

32 – Cardoso AJC, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva S, Remien R. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. Rev Saúde Pública 2007;41(Supl. 2):101-8

33- Ministério da Saúde. Guia de Tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

34 - Ministério da Saúde. Curitiba é primeira cidade a implantar teste rápido de HIV para gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

35- Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.