

Gestantes positivas para HIV e a não amamentação: um estudo epidemiológico

HIV-positive pregnant women and non-breastfeeding: an epidemiological study

Gestantes VIH-positivas y no lactantes: un estudio epidemiológico

Recebido: 17/11/2022 | Revisado: 14/12/2022 | Aceitado: 21/12/2022 | Publicado: 24/12/2022

Larissa Pereira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3363-7270>
Centro Universitário UnifacidWyden, Brasil
E-mail: lari.pesilva@hotmail.com

Sara Machado Miranda Leal Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8530-4104>
Centro Universitário UnifacidWyden, Brasil
E-mail: sarammiranda2@gmail.com

Ligia Maria Cabedo Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8295-1330>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: ligiacabedo@yahoo.com.br

Érida Zoé Lustosa Furtado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6162-7558>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: eridazoe@hotmail.com

Sheila Maria Alves de Carvalho Falcão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5957-0070>
Centro Universitário UnifacidWyden, Brasil
E-mail: sheilamcarvalho12@gmail.com

Allexya Ribeiro e Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3122-8537>
Centro Universitário UniFacid Wyden, Brasil
E-mail: allexyaribeiro@gmail.com

Larissa Nunes de Alencar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2473-7317>
Centro Universitário UniFacid Wyden, Brasil
E-mail: larissadpnunes@hotmail.com

Resumo

Objetivo: analisar o perfil epidemiológico das gestantes infectadas pelo HIV que serão impossibilitadas de amamentar no Brasil. **Métodos:** Refere-se a um estudo retrospectivo, epidemiológico, de caráter quantitativo. Compôs-se a amostra com todos os casos de gestantes positivas para HIV notificadas entre 2017 a 2021. Os dados expostos ao longo do estudo, foram extraídos do SINAN e SINASC inseridos no DATASUS. **Resultados:** Nos últimos cinco anos, foram 36.792 gestantes positivas no Brasil. O Rio Grande do Sul e a sua capital Porto Alegre é o local, com maior incidência para gestantes com HIV, a capital atingindo uma taxa de 17,1 casos/mil nascidos vivos. A faixa etária de 20 a 24 anos teve mais gestantes soropositivas nos últimos cinco anos, quanto à escolaridade, o maior percentual foi entre as gestantes com ensino médio completo. De acordo com a raça/cor, há um predomínio de casos de infecção pelo HIV entre gestantes pardas. **Conclusão:** Para que ocorra redução nas taxas de transmissão vertical é necessário conscientização das gestantes por meio dos profissionais da saúde, ao realizar o pré-natal. No puerpério deve-se orientar, sobre a não adesão ao aleitamento materno, pois é contraindicado em gestantes positivas para HIV.

Palavras-chave: Aleitamento materno; HIV; Gestantes; Transmissão vertical de doenças infecciosas.

Abstract

Objective: To analyze the epidemiological profile of HIV-infected pregnant women who will be unable to breastfeed in Brazil. **Methods:** Refers to a retrospective, epidemiological, quantitative study. The sample was composed of all cases of HIV-positive pregnant women notified between 2017 and 2021. The data exposed throughout the study were extracted from SINAN and SINASC inserted in DATASUS. **Results:** In the last five years, there were 36,792 positive pregnant women in Brazil. Rio Grande do Sul and its capital, Porto Alegre, is the place with the highest incidence of pregnant women with HIV, the capital reaching a rate of 17.1 cases/thousand live births. The range of 20 to 24 years old had more seropositive pregnant women in the last five years, regarding schooling, the highest percentage was among pregnant women with complete secondary education. According to race/color, there is a predominance of cases of HIV infection among brown pregnant women. **Conclusion:** In order for there to be a reduction in vertical transmission rates, it is necessary to raise awareness among pregnant women through health professionals when

performing prenatal care. In the post partum period, guidance should be given on non-adherence to breastfeeding, as it is contraindicated in HIV-positive pregnant women.

Keywords: Breastfeeding; HIV; Pregnant women; Infectious disease transmission, vertical.

Resumen

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico de las gestantes infectadas por el VIH que no pueden amamantar en Brasil. *Métodos:* Se trata de un estudio retrospectivo, epidemiológico, de carácter cuantitativo. Se compone de todos los casos de gestantes positivas para el VIH notificados entre 2017 y 2021. Los datos expuestos a lo largo del estudio, fueron extraídos de SINAN y SINASC introducidos em DATASUS. *Resultados:* En los últimos cinco años, hubo 36.792 embarazadas positivas en Brasil. Rio Grande do Sul y su capital Porto Alegre, es el lugar con mayor incidencia de mujeres embarazadas con VIH, alcanzando la capital una tasa de 17,1 casos/mil nacidos vivos. El grupo de edad de 20 a 24 años tuvo más embarazadas seropositivas em los últimos cinco años, em cuanto a la educación, el porcentaje más alto fue entre las embarazadas con educación secundaria completa. De acuerdo con la raça/cor, hay un predominio de casos de infección por VIH entre gestantes pardas. *Conclusión:* Para que se produzca la reducción de las tasas de transmisión vertical es necesaria la concienciación de las gestantes por medio de los profesionales de la salud, al realizar el prenatal. No se debe orientar al puerperio, sobre la no adición al aleteo materno, ya que está contraindicado en gestantes positivas para el VIH.

Palabras clave: Lactancia materna; VIH; Gestantes; Transmisión vertical de enfermedad infecciosa.

1. Introdução

O aleitamento materno é importante para o desenvolvimento do lactente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em consonância com o Ministério da Saúde, é indicado, durante os seis primeiros meses de vida, o oferecimento exclusivo de leite materno, em razão dos benefícios tanto para o bebê quanto para a puérpera (Carvalho, et al., 2016). Além disso, a amamentação ainda permite o estreitamento da relação binomial (entre mãe e filho), e afeta diretamente o desenvolvimento intelectual e emocional de ambos. Porém, há algumas contra-indicações para a amamentação, dentre elas, as gestantes e puérperas que são positivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), por conta do risco de transmissão vertical (TV).

O aumento gradativo dos casos de contaminação por HIV/aids em mulheres em idade fértil contribuiu para o aumento nas taxas de transmissão vertical, evidenciando-se como um importante desafio para as políticas públicas de saúde (Trindade et al., 2020). De acordo com Brasil (2021), no período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas no país 141.025 gestantes infectadas com HIV, sendo que foram 7.814 apenas ano de 2020, com uma taxa de detecção de 2,7 mil nascidos vivos.

Diante desse fato e como forma de diminuir essa contaminação, protocolos foram elaborados com o objetivo de intervir de forma eficaz na prevenção da TV. Segundo Neto et al (2021), o protocolo 076 do Pediatric Aids Clinical Trial Group (PACTG 076), instituído em 1994, foi um dos precursores e consistia na administração de terapia antirretroviral (TARV) como Zidovudina (AZT) durante a gestação, no parto e para o recém-nascido. Sua efetividade reduziu a TV de 25% em mulheres sem profilaxia para 8,3%, como foi mostrado em um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França (Brasil, 2007).

A infecção pelo HIV é uma das poucas circunstâncias onde há um consenso de que a amamentação deve ser contra-indicada. Segundo Rollins et al (2004), a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), preconizam que, em países pobres, onde doenças como diarreia, pneumonia e desnutrição favorecem significativamente para as elevadas taxas de morbi-mortalidade infantil, o benefício do aleitamento materno deve ser considerado em relação ao risco da transmissão do vírus HIV (Lamounier et al., 2004).

Dessa forma, pode-se conseguir impedir a lactação com medidas mecânicas e farmacológicas. Quanto às medidas mecânicas, é indicado à compressão das mamas, visto que essa medida, particularmente, obtém sucesso em até 80% dos casos (Barroso e Galvão, 2007), quando mantida pelo período de sete a dez dias. Porém, é necessário evitar a manipulação e estimulação das mamas e, em casos de dificuldades de dispor essa medida, pode-se adotar a supressão farmacológica com a utilização do inibidor de lactação (Souza et al., 2019).

Nesse sentido, e como estratégia de saúde pública para evitar a transmissão vertical, no Brasil, realiza-se o aconselhamento das mães positivas para HIV sobre o uso da fórmula láctea infantil disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida pela Portaria GM/MS n.o 2.313 de 19 de dezembro de 2002 (Brasil, 2003), pois o aleitamento materno, nesse caso, representa risco. Entretanto, substituí-lo pela fórmula ainda é um desafio, devido a essas mães apresentarem um sofrimento psicológico, os sentimentos de culpa por não poderem amamentar, além do constrangimento e a dor física e emocional estão presentes na vida dessa mulher (Medeiros e Jorge, 2018).

Ademais, destaca-se a importância dos profissionais da saúde, em especial, dos enfermeiros, que atuam no cuidado direto às gestantes e puérperas soropositivas. Consoante com Ferreira et al (2021), é necessário um acolhimento individualizado e humanizado, por isso, os profissionais devem estar capacitados para que possam orientá-las sobre a importância de não amamentar a fim de evitar a TV. Essa orientação sobre a inibição da amamentação precisa ser iniciada durante as consultas de pré-natal e estimulada durante o trabalho de parto, parto e puerpério (WHO, 2022).

Diante disso, surge a necessidade de apoiar as gestantes e puérperas positivas para HIV. Sendo assim, o presente estudo, tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das gestantes infectadas pelo HIV que serão impossibilitadas de amamentar no Brasil, e caracterizar o perfil sociodemográfico dessas mulheres, tendo como base algumas variáveis.

2. Metodologia

Refere-se a um estudo retrospectivo, epidemiológico, de caráter quantitativo das gestantes positivas para HIV notificadas entre 2017 a 2021. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2022, e os dados expostos ao longo do artigo foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS), e por ser de um banco de dados de domínio público, disponibilizados por meio eletrônico, não houve precisão de submissão do trabalho ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Quanto à natureza da pesquisa, o estudo será básico, à medida que tem o intuito de gerar novos conhecimentos acerca das gestantes portadoras de HIV e a não amamentação. Em segundo, a pesquisa será quantitativa, à medida que foca na quantificação das informações, na análise dos dados adquiridos por meio de técnicas estatísticas, com a finalidade de verificar ou não a ocorrência de determinada situação, possibilitando uma maior margem de segurança (Dalfovo et al., 2008). Além de que, esse tipo de pesquisa possibilita aos pesquisadores fazer a verificação de hipóteses previamente estabelecidas e avaliar a existência de variáveis, centradas na objetividade (Gerdarth & Silveira, 2008).

Quanto ao objetivo, este estudo será descritivo, pois segundo Prodanov e Freitas (2013), através dessa abordagem é possível levantar “uma série de informações acerca do que deseja pesquisar, onde se observa, registra, analisa e ordena os dados, sem interferência do pesquisador”.

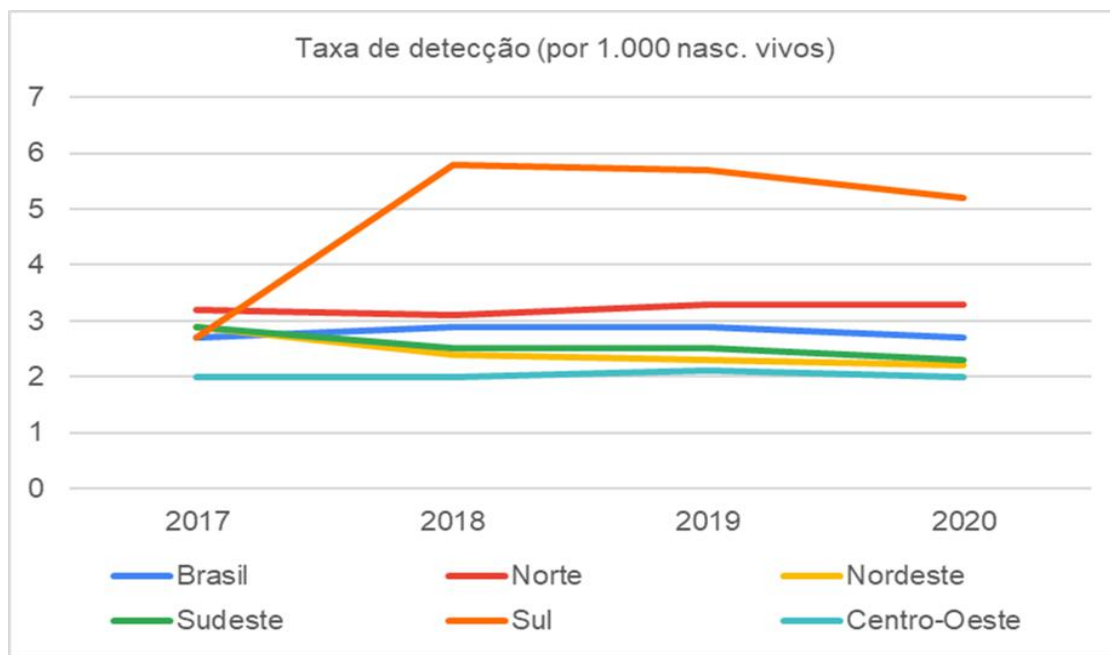
A região de estudo corresponde ao Brasil, com cinco regiões (Norte; Nordeste; Sul; Sudeste e Centro-Oeste), 27 estados (UF) e 27 capitais. Para a seleção dos indivíduos, foram incluídos todos os casos notificados de gestantes com HIV que ocorreram entre 2017 e 2021. Foram excluídos, todos os casos fora do corte temporal e aquelas que não possuem HIV ou não estão gestantes. Os dados foram dispostos por meio de gráficos e tabelas para melhor observação e análise, a fim de, facilitar a compreensão, as planilhas eletrônicas foram elaboradas por meio do Programa Microsoft Office Excel® 2021.

Com relação às variáveis utilizadas na pesquisa, destacam-se: região de residência; unidade de federação e capital de residência; ano do parto (2017-2021); faixa etária (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 anos ou mais, ignorado); escolaridade (analfabeto, 1 a 4 série incompleta, 5 a 8 série incompleta, fundamental completo, médio incompleto, superior incompleto, superior completo, não se aplica, ignorado); raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado).

3. Resultados e Discussão

Definido as variáveis que vão ser analisadas, e diante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS), inicia-se a análise dos dados referentes às gestantes e puérperas portadoras do vírus de HIV, com o estudo das regiões do país, conforme pode ser visto no Gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1 - Taxa de detecção de HIV em gestantes no período de 2017-2020 no Brasil e em suas regiões.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 37,4% das gestantes eram residentes da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (29,5%), Nordeste (18,3%), Norte (8,9%) e Centro-Oeste (5,9%). No ano de 2020, foram identificadas 7.814 gestantes infectadas com HIV no Brasil, sendo 32,4% no Sudeste, 25,8% no Sul, 22,3% no Nordeste, 13,2% no Norte e 6,3% no Centro-Oeste, conforme indica o Boletim Epidemiológico (Gráfico 1).

A região Sul apresentou as maiores taxas de testagem anti-HIV para gestantes em toda a série histórica. Em 2020, a região observou uma taxa de 5,2 casos por mil nascidos vivos, quase o dobro da taxa nacional. Importa ressaltar ainda que, desde 2018, enquanto as taxas da região Sul, Sudeste, Nordeste e a taxa média do Brasil decaem, a região Norte apresentou tendência de crescimento na detecção da doença por nascidos vivos. Ou seja, segundo aponta Trindade et al (2020) em seu estudo, evidenciando um crescimento significativo no coeficiente de detecção do HIV em gestantes no estado do Pará, ao longo dos anos do estudados, registrando índice bastante expressivo em 2017, contrapondo-se à taxa nacional do mesmo ano, isso porque a região Norte do país apresenta um dos menores índices de realização do primeiro teste de HIV no pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação, indicando falhas na efetivação do protocolo de prevenção da transmissão vertical preconizado.

De acordo com Vieira et al (2021, p.11), ainda que exista avanços com relação à distribuição dos medicamentos, no serviço de atenção pública, acesso universal aos medicamentos, ainda é possível identificarmos ausência de apoio tanto por parte do governo federal quanto das agências internacionais de combate à AIDS.

Especificando ainda mais a análise dos casos de HIV, tem-se a Tabela 1 com os dados referentes a cada unidade federativa do Brasil.

Tabela 1 - Gestantes infectadas por HIV, segundo UF e região de residência em relação ao ano de parto no período de 2017-2021.

UF de Residência	2017		2018		2019		2020		2021		Total
	n°	tx	n°	tx	n°	tx	n°	tx	n°	n°	
Brasil	7853	2,7	8577	2,9	8268	2,9	7814	2,7	4280	36.792	
Norte	1012	3,2	999	3,1	1023	3,3	1034	3,3	537	4.605	
Rondônia	83	3	72	2,6	85	3,1	65	2,4	36	341	
Acre	27	1,7	14	0,8	22	1,4	20	1,2	11	94	
Amazonas	299	3,8	274	3,5	250	3,2	296	3,8	139	1.258	
Roraima	52	4,4	55	4,1	59	4	71	4,9	46	283	
Pará	466	3,4	473	3,3	515	3,7	456	3,3	254	2.164	
Amapá	43	2,8	48	3	45	2,9	60	3,9	19	215	
Tocantins	42	1,7	63	2,5	47	1,9	67	2,7	32	251	
Nordeste	1755	2,1	1974	2,4	1822	2,3	1744	2,2	980	8.275	
Maranhão	201	1,8	300	2,6	282	2,5	241	2,1	150	1.174	
Piauí	77	1,6	87	1,8	95	2	47	1	9	315	
Ceará	234	1,8	295	2,2	278	2,2	294	2,3	187	1.288	
Rio Grande do Norte	105	2,3	110	2,3	111	2,5	115	2,6	52	493	
Parabá	112	1,9	102	1,7	100	1,7	124	2,1	51	489	
Pernambuco	374	2,8	459	3,3	446	3,3	44	3,3	184	1.507	
Alagoas	150	3	146	2,8	154	3,3	170	3,4	105	725	
Sergipe	85	2,5	83	2,4	105	3,2	83	2,5	65	421	
Bahia	416	2	392	1,9	241	1,2	226	1,1	177	1.452	
Sudeste	2354	2	2825	2,5	2727	2,5	2530	2,3	1330	9.647	
Minas Gerais	381	1,5	420	1,6	362	1,4	341	1,3	180	1.684	
Espírito Santo	124	2,2	132	2,3	127	2,3	89	1,6	44	516	
Rio de Janeiro	523	2,3	920	4,2	975	4,7	890	4,3	428	3.736	
São Paulo	1326	2,2	1353	2,2	1263	2,2	1210	2,1	678	5830	
Sul	2233	5,6	2293	5,8	2191	5,7	2015	5,2	1141	9873	
Paraná	445	2,8	405	2,6	446	2,9	383	2,5	213	1892	
Santa Catarina	472	4,8	589	5,9	496	5,1	538	5,5	306	2401	
Rio Grande do Sul	1316	9,3	1299	9,3	1249	9,3	1094	8,1	622	5580	
Centro-Oeste	497	2	482	2	500	2,1	490	2	291	2260	
Mato Grosso do Sul	133	3,2	142	3,2	123	2,8	123	2,8	74	595	
Mato Grosso	146	2,5	144	2,5	194	3,3	155	2,6	86	725	
Goias	172	1,5	152	1,5	138	1,4	162	1,7	100	722	
Distrito Federal	46	1	44	1	45	1,1	50	1,2	31	216	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na tabela 1, pode-se observar a quantidade de gestantes notificadas com HIV de acordo com a UF por residência e ano do parto. Nos últimos cinco anos, foram 36.792 gestantes positivas no Brasil. No ano de 2020, foram identificadas 7.814 gestantes infectadas com HIV no Brasil, sendo 32,4% no Sudeste, 25,8% no Sul, 22,3% no Nordeste, 13,2% no Norte e 6,3% no Centro-Oeste.

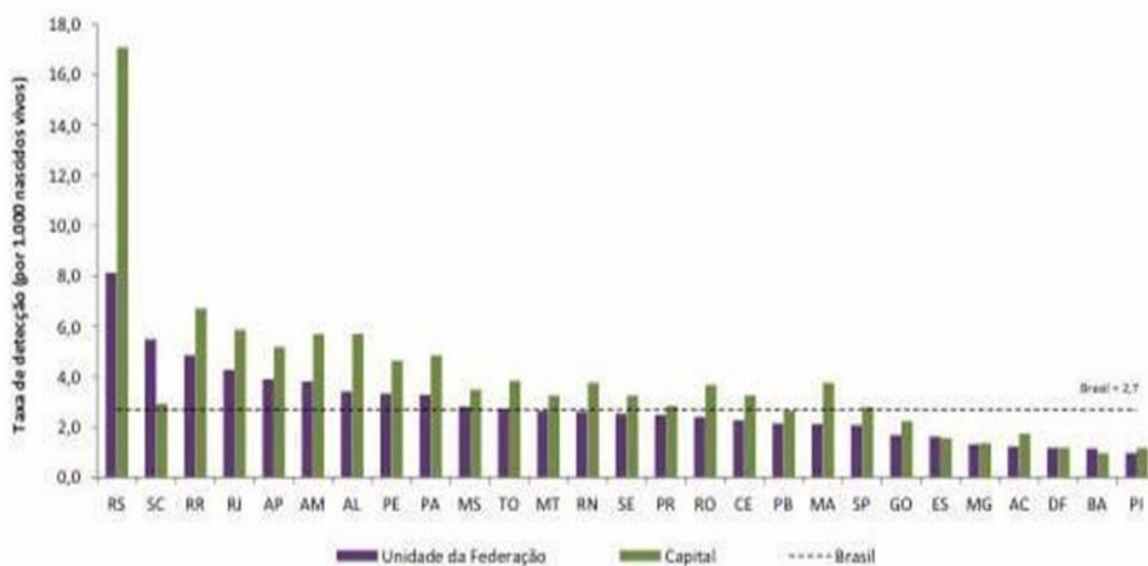
Em um período de dez anos, houve um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2010, registraram-se 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa passou para 2,7/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e o avanço da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV (Brasil, 2021).

Em 2020, 11 Unidades da Federação (UF) apresentaram taxa de detecção de HIV em gestantes superior ou igual à taxa nacional: Rio Grande do Sul (8,1 casos/mil nascidos vivos), Santa Catarina (5,5), Roraima (4,9), Rio de Janeiro (4,3), Amapá (3,9), Amazonas (3,8), do Alagoas (3,4), Pernambuco e Pará (3,3), Mato Grosso do Sul (2,8) e Tocantins (2,7), conforme o Gráfico 1 e Tabela 1.

A tendência de aumento também se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram um maior crescimento dessa taxa nos últimos cinco anos, essa visualização se deu por conta das novas ferramentas (teste rápido, avanço e aconselhamento para prevenção da TV), que são utilizadas para detecção. Assim como mostra, o estudo descritivo e retrospectivo da autora Labibe et al (2012), que corrobora com os dados obtidos em sua pesquisa realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) onde, no período entre 2004 a 2010, foram realizados 41.157 partos e, destes, 770 de grávidas infectadas pelo HIV, considerada como a maior da Região Norte do país desde então. Isso ocorre porque, ainda segundo o autor, menos de 40% das gestantes têm seis ou mais consultas de pré-natal nas regiões Norte e Nordeste, dados que divergem dos outros estados brasileiros (Menezes et al., 2012).

O Gráfico 2, representa a taxa de detecção de gestantes com HIV (por 1.000 nascidos vivos), de acordo com UF e capital de residência no ano de 2020, onde pode-se observar as capitais em que a prevalência de notificadas é maior que a taxa nacional e as capitais onde é igual ou inferior que a taxa no Brasil.

Gráfico 2 - Taxa de notificação de gestantes com HIV conforme UF e capital de residência em 2020.



Fonte: Brasil (2021).

De acordo com o Gráfico 2, o Rio Grande do Sul e a sua capital Porto Alegre, é o local com maior incidência para gestantes com HIV, a capital atingindo uma taxa de 17,1 casos/mil nascidos vivos, uma taxa seis vezes maior que a do Brasil e duas vezes maior que a do estado do Rio Grande do Sul. Diante disso um estudo descritivo e analítico realizado em um Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (FURG), por Rosa et al (2015), evidencia-se o fato de que a região Sul do Brasil normalmente apresenta maior prevalência do HIV-1 de subtipo C, transmissível mais facilmente no útero, o que pode explicar a taxa de transmissão vertical encontrada neste estudo. Além disso, a baixa aderência e a baixa frequência aos cuidados do pré-natal favorecem a TV.

Segundo Bick et al (2018), em seu estudo documental retrospectivo realizado no Sul do Brasil, onde pesquisou a prevalência e fatores associados à transmissão vertical do HIV, o que favoreceu seus resultados foi a falha na terapia antirretroviral e a alta carga viral materna como principais fatores de risco para a transmissão vertical do vírus, corroborando com o exposto no Gráfico 2.

O Rio de Janeiro também vem apresentando tendência de aumento nas taxas de detecção das gestantes com HIV nos últimos anos, conforme um estudo realizado por Motta et al (2018) no município de Teresópolis no Rio de Janeiro, isso

evidencia-se em grande parte ao aumento na distribuição dos testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Porém, ainda existe uma baixa adesão ao tratamento antirretroviral na gestação, e é considerada uma dificuldade para os profissionais da saúde no pré-natal das gestantes fluminenses.

Outro local que apresentou destaque por conta da sua elevada taxa de detecção nas gestantes, foi o estado de Alagoas e sua capital Maceió. Segundo o estudo de Oliveira et al (2020), pode-se inferir que, a maior parte das gestantes avaliadas (59,7%) no momento da notificação, encontravam-se no 3º trimestre da gestação, ou seja, quando o início das consultas ocorre inoportunamente e/ou em número insuficiente, dificulta a barreira de prevenção para TV. Isso indica a importância da inserção dos testes-rápidos nas unidades de saúde e sua inclusão no pré-natal.

Em relação às capitais, apenas oito delas mostraram, em 2020, taxa de detecção abaixo ou igual à nacional: João Pessoa (2,6), Goiânia (2,2), Rio Branco (1,7), Vitória (1,6), Belo Horizonte (1,4), Brasília e Teresina (1,2) e Salvador (1,0).

No que se refere, a baixa taxa de notificação, temos destaque para o estado do Piauí e sua capital Teresina, que obteve 1,2 casos/mil nascidos vivos (Gráfico 2). Corroborando, com um estudo realizado em uma maternidade da rede pública de Teresina, por Silva et al (2016), pode-se evidenciar que a maior quantidade de diagnósticos confirmados da infecção pelo HIV em gestantes aconteceu durante o pré-natal. Além disso, o uso da terapia antirretroviral nas primeiras 24h, foi predominante nas crianças nascidas de mães soropositivas. Entretanto, ainda segundo o autor, a notificação das gestantes com HIV positivo, ainda demonstra falhas, pois 84,06% das gestantes soropositivas para o HIV, constavam no registro de fichas de notificação arquivadas no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (Silva et al., 2016).

Sendo Salvador a capital com a menor taxa de notificação, como mostra o gráfico 2 e a tabela 1. Assim como mostra o estudo de Freire et al (2021), que indica um grande número de gestantes faz acompanhamento pré-natal no Estado da Bahia, representando 81% das gestantes dessa série histórica e mostrando um maior controle da transmissão vertical por conta da detecção precoce.

Diante disso, elaborou-se a Tabela 2 que mostra o ranking da taxa de notificação de gestante positivas para HIV por mil nascidos vivos, segundo a capital de residência e o ano do parto, entre 2016-2020.

Tabela 2 - Ranking das gestantes notificadas no SINAN com HIV, de acordo com a capital e ano do parto entre 2016-2020.

	Capital	Código IBGE	2016	2017	2018	2019	2020
1	Porto Alegre	431490	20,7	20,9	20,3	18,5	17,1
2	Boa Vista	140010	3,7	5	4,9	4,9	6,7
3	Rio de Janeiro	330455	3,8	1,6	5,2	5,7	5,9
4	Maceió	270430	4,9	5,4	4,8	6	5,7
5	Manaus	130260	5,3	6,2	5,2	5,2	5,7
6	Macapá	160030	4,7	3,5	4,4	3,4	5,2
7	Belém	150140	6	6,2	6,2	7,2	4,8
8	Recife	261160	4,5	3,9	4,9	5,3	4,6
9	Palmas	172100	3,9	1,4	3,7	2,7	3,8
10	São Luis	211130	3,6	3,5	5,5	4,4	3,8
11	Natal	240810	3	2,9	2,4	3,9	3,8
12	Porto Velho	110020	3,4	6,4	3,5	6,4	3,7
13	Campo Grande	500270	3,4	2,7	3,4	2,9	3,5
14	Fortaleza	230440	3,2	2,8	3,6	3,2	3,3
15	Cuiabá	510340	2,3	2,3	3,1	5	3,3
16	Aracaju	280030	3,5	3,2	3,5	4,1	3,2
17	Florianópolis	420540	8,5	6,5	9,3	6	2,9
18	Curitiba	410690	3,5	4	4	4,8	2,9
19	São Paulo	355030	2,4	2,7	2,9	2,9	2,8
20	João Pessoa	250750	1,4	3,2	2,4	1,8	2,6
21	Goiânia	520870	1,8	1,8	2	1,8	2,2
22	Rio Branco	120040	2,9	2,2	1,5	1,9	1,7
23	Vitória	320530	3,4	1,3	2,6	3,6	1,6
24	Belo Horizonte	310620	1,8	2,1	2	2,4	1,4
25	Brasília	530010	1,3	1	1	1,1	1,2
26	Teresina	221100	2,6	2,6	2,6	3,6	1,2
27	Salvador	292740	5	3,3	3,4	0,7	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com base na tabela 2, pode-se observar que a capital Porto Alegre teve o maior índice de notificação de acordo com o corte temporal escolhido e ficou em primeiro lugar no ranking. Em seu estudo transversal retrospectivo analítico baseando-se nas notificações de gestantes portadoras do HIV e crianças expostas de Porto Alegre, Acosta et (2016), aponta que a cidade de Porto Alegre, com 19,6 casos por mil nascidos vivos, foi a capital de estado com maior taxa de incidência no ano de 2014. Ainda segundo o autor, a prevalência da infecção pelo HIV em gestantes tem-se mantido em 2%, tendo sido identificadas, em média, 400 gestantes ao ano no período de 2002 a 2015 (Acosta et al., 2016).

Considerando o atual panorama epidemiológico de Porto Alegre, a situação é alarmante por conta das elevadas taxas detectadas em gestantes com HIV. Evidenciando-se com os dados do Boletim Epidemiológico 71, que constatou que o estado do Rio Grande do Sul e a capital Porto Alegre, apontam há mais de dez anos as maiores taxas de detecção e mortalidade do país. No que refere-se à mortalidade, Porto Alegre apresentou quase cinco vezes mais óbitos por Aids do que a média do país (Brasil, 2018).

De acordo com o ranking da tabela 2, logo após Porto Alegre no primeiro lugar, é seguido por Boa Vista, Rio de Janeiro, Maceió e Manaus. Observando-se uma variação nas capitais de acordo com a sua região de residência e um aumento significativo

nos casos de HIV positivo em gestantes ao longo dos anos analisados no corte temporal. As capitais com o menor índice de detecção foram Brasília, Teresina e Salvador em último lugar com as menores taxas.

Dessa forma, segundo Silva et al (2016) em estudo documental, descritivo e retrospectivo realizado em uma maternidade pública estadual, na capital Teresina, é efetuado o esquema completo de AZT intraparto, que foi administrado na maioria da população estudada. Destarte, ainda segundo o autor, pode-se deduzir que a maternidade de referência à gestação de alto risco do município de Teresina, está fazendo o possível para seguir as orientações preconizadas para evitar a transmissão vertical, e que viabilizou uma proteção a mais para o recém-nascido (Silva et al., 2016).

Ademais, pode-se inferir que os locais que enfrentam impasses nos serviços de saúde na incorporação dessas medidas profiláticas, como as deficiências no sistema assistencial, possuem obstáculos relevantes na adesão das gestantes portadoras de HIV ao pré-natal (Silva et al., 2017) e, por conseguinte, ao tratamento, e por isso possuem uma taxa maior de detecção por nascidos vivos.

Para identificar o perfil demográfico de maior prevalência nos anos entre 2017-2020, das gestantes com HIV e com risco de transmissão vertical, analisou-se as variáveis de faixa etária, escolaridade e raça/cor, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Casos de gestantes portadoras do HIV de acordo com faixa etária, escolaridade e raça/cor por ano do parto entre 2017-2021.

Variáveis	2017		2018		2019		2020		2021		Total	
Faixa etária	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
10 a 14 anos	64	0,8	76	0,9	61	0,7	65	0,8	39	0,9	305	0,82
15 a 19 anos	1127	14,4	1236	14,4	1054	12,7	1013	13	536	12,5	4.966	13,4
20 a 24 anos	2079	26,5	2160	25,2	2200	26,6	1970	25,2	1040	24,3	9.449	25,6
25 a 29 anos	1942	24,7	2037	23,7	1993	24,1	1935	24,8	1127	26,3	9.034	24,5
30 a 34 anos	1419	18,1	1653	19,3	1569	19	1499	19,2	791	18,5	6.931	18,8
35 a 39 anos	885	11,3	995	11,6	980	11,9	914	11,7	496	11,6	4.270	11,6
40 ou mais	259	3,3	289	3,4	306	3,7	307	3,9	187	4,4	1.348	0,03
Subtotal	7775	99	8446	98,5	8163	98,7	7703	98,6	4216	98,5	36.303	0,98
Ignorado	78	1	131	1,5	105	1,3	111	1,4	64	1,5	131.358	3,5
Total	7853	100	8577	100	8268	100	7814	100	4280	100	36.792	100
Escolaridade												
Analfabeto	35	0,4	58	0,7	45	0,5	32	0,4	20	0,5	190	0,51
1ª à 4ª série incompleta	365	4,6	367	4,3	344	4,2	302	3,9	158	3,7	1.536	4,17
4ª série completa	328	4,2	283	3,3	296	3,6	255	3,3	137	3,2	1.299	3,53
5ª à 8ª série incompleta	1701	21,7	1932	22,5	1753	21,2	1589	20,3	838	19,6	7.813	21,2
Fundamental completo	856	10,9	944	11	908	11	867	11,1	471	11	4.046	10,9
Médio incompleto	1015	12,9	1134	13,2	1058	12,8	969	12,4	555	13	4.731	12,8
Médio completo	1598	20,3	1794	20,9	1826	22,1	1843	23,6	1022	23,9	8.083	21,9
Superior incompleto	157	2	210	2,4	204	2,5	153	2	88	2,1	812	2,2
Superior completo	206	2,6	214	2,5	256	3,1	246	3,1	131	3,1	1.053	2,8
Subtotal	6261	79,7	6936	80,9	6690	80,9	6256	80,1	3420	79,9	29.563	80,3
Não se aplica	77	1	123	1,4	88	1,1	103	1,3	55	1,3	446	1,2
Ignorado	1515	19,3	1518	17,7	1490	18	1455	18,6	805	18,8	6.783	18,4
Total	7853	100	8577	100	8268	100	7814	100	4280	100	36.792	100
Raça/Cor												
Branca	2690	34,3	2843	33,1	2652	32,1	2411	30,9	1316	30,7	11.912	8,4
Preta	1044	13,3	1161	13,5	1138	13,8	1135	14,5	621	14,5	5.099	3,6
Amarela	45	0,6	45	0,5	55	0,7	52	0,7	33	0,8	230	0,16
Parda	3643	46,4	4155	48,4	4096	49,5	3951	50,6	2137	49,9	17.982	12,7
Indígena	42	0,5	38	0,4	38	0,5	22	0,3	24	0,6	164	0,11
Subtotal	7464	95	8242	96,1	7979	96,5	7571	96,9	4131	96,5	35.387	25,09
Ignorado	389	5	335	3,9	289	3,5	243	3,1	149	3,5	10116	7,17
Total	7853	100	8577	100	8268	100	7814	100	4280	100	141025	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

Desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas pelo HIV (25,6%), notificadas no Sinan entre 2000 e junho de 2021 (Brasil, 2021). A faixa de 20 a 24 anos teve um total de 9.449

gestantes positivas nos últimos cinco anos, logo em seguida tem a faixa de 25 a 29 anos com uma prevalência de 9.034 gestantes com HIV.

Conforme mostra Teixeira et al (2019) em seu estudo, onde pode-se observar que a faixa etária predominante afetada pelo HIV, durante a gestação, se deu entre a faixa etária de 20 a 29 anos (52,2%). No entanto, o estudo de Bick et al (2018), mostra que a definição social das gestantes indicou predomínio na faixa etária entre 26 a 35 anos (51,8%), evidenciando a faixa de 30 anos ou mais nesse estudo, como mostra a tabela 3 em que a faixa de 30 a 34 teve 6.931 notificadas (18,8%).

Consoante com o estudo anterior, na pesquisa de Hernandez et al (2019), a média de idade do grupo de gestantes soropositivas foi de 30 anos (máxima de 42 anos e, mínima, de 20 anos), dados semelhantes com dados brasileiros em que essa faixa representa em torno de 51,4% em 2017.

Todavia, corroborando com o exposto na tabela 3, em que a faixa etária com maior incidência é a de 20 a 24 anos, tem-se o estudo de Acosta et al (2016), que em relação às faixas etárias, evidenciou as gestantes com idade intermediária e foram menos frequentes naquelas com idade igual ou maior que 30 anos. Da mesma forma, identificou-se que as gestantes soropositivas para HIV eram adultas jovens, respaldando os estudos que mostram a média de idade das gestantes atendidas no período da pesquisa foi de 25-26 anos (Feitosa et al., 2020), e que maioria dos casos de gestantes com HIV se encontram em mulheres em idade fértil.

De acordo com a escolaridade, observa-se que o maior percentual das gestantes infectadas com HIV nos últimos cinco anos, estudou o ensino médio completo com 8.083 notificadas, sendo seguido pelas que estudaram a 5ª à 8ª série incompleta, representando 21,2% com 7.813 do acumulado de casos notificados no período.

É importante destacar que a proporção de gestantes com pelo menos o nível médio completo vem apresentando um relevante aumento, tendo passado de 13,4% em 2010 para 23,9% em 2021. Salienta-se ainda que, a proporção de gestantes com escolaridade até no máximo o fundamental completo apresenta declínio: em 2010 era de 53,7%, e em 2021 foi de 11%. A taxa de analfabetos também apresentou redução, passando de 1,2% em 2010 para 0,5% em 2021.

Entretanto, apesar dos dados expostos na tabela 3 em que o nível médio é o que tem maior percentual, o estudo de Oliveira et al (2020) realizado no estado do Alagoas, observou-se que com relação à escolaridade, a maioria das mulheres do grupo investigado (25 indivíduos - 40,3% do total) possuía a 5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental. Da mesma forma, ocorreu no estudo de Silva et al (2017), em que a escolaridade com maior percentual foi nos grupos com oito anos ou menos de estudo.

Corroborando, com um estudo realizado no estado do Pará, de Trindade et al (2021), que detectou uma relação considerável entre as variáveis escolaridade e ocupação das gestantes com a execução das consultas do pré-natal, sugerindo a necessidade de uma verificação maior dos fatores socioeconômicos que potencializam o risco de exposição ao vírus da aids (Trindade et al., 2021). Isto posto, pode ser evidenciado pelo estudo de Langendorf et al (2011), em que o grau predominante de instrução dessa população de gestantes, foi a baixa escolaridade. Associado a isso, tem-se o desconhecimento do diagnóstico, pela escassez na oferta de testes para HIV e reduzido número de consultas pré-natal.

Conforme o grau de escolaridade são indicativos que se relacionam com as variáveis socioeconômicas, por isso, consideram a existência de uma tendência dessa alta taxa de indivíduos com menor grau de instrução, um indicativo da frequência do HIV em camadas menos favorecidas da sociedade (Galvão et al., 2017).

Contudo, um estudo transversal feito na Espanha, evidenciou que a maioria das mulheres entrevistadas (75,2%) tinha ensino médio e quase metade (49,1%) trabalhava fora de casa no momento da entrevista (Hernando et al., 2017). Assim como, mostra o exposto neste estudo e os dados da tabela 3, em que a maioria das gestantes possuem o ensino médio completo. Com isso pode-se inferir que, em decorrência do baixo grau de escolaridade e esclarecimento em classes mais carentes, essas gestantes encontram-se mais vulneráveis ao HIV e aos riscos da TV.

De acordo com a raça/cor autodeclarada, em 2020 há um predomínio de casos de infecção pelo HIV entre gestantes pardas de 3.951 (50,6%), com um total de 17.982 nos últimos cinco anos, seguidas de 2.411 brancas (30,9%) com total de 11.912. As gestantes pretas corresponderam a 1.135 (14,5%) nesse mesmo ano, e tiveram um total de 5.099 casos no período do corte temporal.

A tendência de casos entre as gestantes pardas vem expandindo-se desde o início da série, visto que desde 2012, passaram a responder pela maior parte dos casos no país, dessa forma ficando à frente das gestantes brancas (Brasil, 2021).

Diante do que foi exposto, um estudo foi feito no estado do Amapá por Teixeira et al (2019), e observou-se que a cor autodeclarada em 75,1% dos registros das gestantes foi a parda. Sendo que 7,5% eram brancas, 7,5% pretas, indígenas 1,2% e amarelas 0,8%. Em consonância com esses dados, uma pesquisa feita no Maranhão ponderou que o número de gestantes infectadas teve um predomínio maior entre as que se autodeclararam pardas, que foram 213, logo depois, as da cor preta que foram 78, e por fim, as de cor branca que representaram apenas 43 gestantes (Galvão et al., 2017).

Em um estudo retrospectivo e transversal, elaborado por Oliveira et al (2020), observou-se a raça parda com maior prevalência encontrada entre as gestantes notificadas. Assim como, um outro estudo aponta que além de obterem a taxa de infecção mais relevante, as mulheres pardas são também menos favorecidas, tanto na detecção da infecção como também, na adoção das medidas de profilaxia em todas as etapas assistenciais (Brandão et al., 2016).

No estudo de Silva et al (2017), os autores observaram que 72,1% das gestantes declararam-se raça parda, sendo este, o fenótipo com o maior número de casos ao longo do período. No entanto, ainda segundo o estudo anterior, notou-se um crescimento de casos na cor preta, chegando a ocupar a segunda posição em alguns anos estudados, apresentando percentual de 10,6% (Silva et al., 2017).

Conforme o observado na tabela 3 do presente estudo, é relevante salientar o constante crescimento das gestantes da cor preta ao longo dos anos, que passou de 13,3% em 2017 para 14,5% em 2021. Segundo Silva et al (2017), quanto à distribuição racial das gestantes, notou-se que a soma da cor parda e negra no ano de 2015 foi de 85,1%. Uma vez que, o racismo ainda é constante na vida dos indivíduos e na sociedade atual, sendo visto em sua maioria nas comunidades que sofrem com a pobreza (Langendorf et al., 2011). A vulnerabilidade da população negra e parda diante de HIV/aids, a invisibilidade e violência sexual contra a mulher contribui para o aumento de casos nessas raças.

Mediante o exposto, é válido ressaltar que a limitação dos resultados deste estudo, referiu-se a uma base de dados secundária de informações, pois não foi possível verificar ao certo a consistência dos dados epidemiológicos registrados. Além disso, o elevado número de subnotificações compromete a qualidade do estudo, tendo em vista que pode ter ocorrido omissão de preenchimento dos dados, e isso pode intervir de forma negativa na evolução da assistência prestada dessas informações, que pode-se obter um cenário mais confiável da situação atual de gestantes positivas para HIV. De certo, o estudo possibilita verificar em várias regiões do Brasil a situação das gestantes soropositivas e as crianças que não receberam o leite materno, e isso, pode gerar um impacto significativo no controle da transmissão vertical e no cuidado com as gestantes HIV positivo, para que possam fazer o tratamento adequado desde o diagnóstico e efetuem os cuidados necessários na gestação, parto e no puerpério, praticando a não amamentação como forma de prevenção da TV.

4. Conclusão

Dessa forma, por meio desse estudo, foi possível identificar o perfil epidemiológico das gestantes acometidas pelo HIV que serão impossibilitadas de amamentar no Brasil por conta dos riscos de transmissão vertical, além de delinear as características sociodemográficas das gestantes, que foram mais frequentes nos últimos cinco anos. Através dos resultados obtidos e interpretados, podemos concluir que todas as regiões tiveram um aumento nas taxas, mas o destaque maior foi a região Sul, que apresentou as maiores taxas de detecção de gestantes com HIV, no período analisado.

O estado do Rio Grande do Sul e sua capital Porto Alegre, foi o local com a maior incidência de casos positivos em gestantes. Relacionado com perfil sociodemográfico mais frequente, percebe-se que as mulheres com a faixa etária entre 20-24 anos foi maior, quanto a escolaridade o percentual foi mais incidente entre as que tinham até o ensino médio completo. E de acordo com a raça/cor, as gestantes soropositivas da cor pardas foram predominantes.

Ressalta-se também que, para que ocorra redução nas taxas de transmissão vertical é necessário conscientização das gestantes por meio dos profissionais da saúde, para que esses sejam capacitados e preparados, em especial, os enfermeiros, ao realizar o pré-natal, pois é onde ocorre o aconselhamento e o incentivo para a realização dos testes de HIV. Além da orientação sobre a escolha da via de parto, a qual dependerá das situações obstétricas e/ou da carga viral. No puerpério deve-se orientar, sobre a não adesão ao aleitamento materno, pois é contraindicado em gestantes positivas para HIV, ademais, sobre os cuidados rotineiros para se evitar a transmissão vertical para a criança.

Considera-se, portanto, a importância de uma implementação mais eficiente das políticas públicas de saúde para evitar a transmissão vertical, como o tratamento precoce com antirretrovirais durante a gestação, no parto e para o recém-nascido. Além disso, aumentar a distribuição dos testes rápidos nas unidades de saúde, e fornecer a fórmula láctea infantil gratuitamente, conforme o preconizado, para as gestantes soropositivas que não podem amamentar.

Evidencia-se assim, a fomentação de mais estudos relacionados ao tema, para que se possa aprofundar sobre a temática e viabilizar a elaboração de novos estudos e intervenções acerca da transmissão vertical por conta de gestantes com HIV. Além disso, sugere-se que em estudos futuros, seja incentivada a notificação das gestantes com HIV na base de dados, para que assim seja possível identificar os reais riscos de transmissão vertical e dessa forma auxiliar no planejamento para futuras ações de intervenção, e assim obter um maior controle das gestantes e crianças infectadas, e dessa maneira, melhorar na qualidade da assistência prestada, conscientizar as gestantes soropositivas sobre os riscos e a importância da não amamentação.

Referências

- Acosta, L. M., Gonçalves, T. R., & Barcellos, N. T. (2016). Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 435-442.
- Barros, C., Schraiber, L. B., & França-Junior, I. (2011). Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Revista de Saúde Pública*, 45, 365-372.
- Barroso, L. M. M., & Galvão, M. T. G. (2007). Evaluationofthecareprovidedbyhealthcareprofessionalstopuerperaewith HIV/AIDS. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16, 463-469.
- Bick, M. A., Ferreira, T., Sampaio, C. D. O., Padoin, S. M. D. M., & Paula, C. C. D. (2018). Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18, 791-801.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2018). Boletim Epidemiológico. *Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis*. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2019). *Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2019*. [www.gov.br website: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2019.pdf/view](https://www.gov.br/website:https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2019.pdf/view)
- Brasil, Ministério da Saúde. (2021). *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*.
- da Silva Carvalho, J. L., Cirino, I. P., de Oliveira Lima, L. H., de Sousa, A. F., de Carvalho, M. F., & Oliveira, E. A. R. (2016). Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. *Saúde em Redes*, 2(4), 383-392.
- Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista interdisciplinar científica aplicada*, 2(3), 1-13.
- De Bolso, M. (n.d.). *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis*. Retrieved from https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf
- Langendorf, T. F., de Mello Padoin, S. M., Mutti, C. F., & Vieira, L. B. (2011). Gestantes que tem hiv/aids no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 3(3), 2109-2125.
- de Melo, E. A. A. Série temporal de infecção por HIV em gestantes no estado da Bahia no período DE 2008 A 2018. *Revista Atualiza Saúde*, 51.

- de Oliveira, L. M. S., Gonçalves, M. D. G. L., da Silva Araújo, S. S. G., de Souza, J. P. G., Torres, C. H. A., & Neves, S. J. F. (2020). Transmissão vertical do HIV: variáveis epidemiológicas de gestantes em um Serviço de Assistência Especializada em Alagoas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 22(4), 56-64.
- de Pádua Souza, C., Piantino, C. B., de Queiroz, C. A., Maia, M. A. C., Fortuna, C. M., & Andrade, R. D. (2016). Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional Incidence of HIV vertical transmission among HIV-positive pregnant women treated at a regional reference service. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 8(2), 4526-4537.
- de Sousa Neto, P. I., Gama, M. E. A., Costa, B. M., & Santos, L. G. (2021). Fatores associados à transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana entre pacientes acompanhados em serviço especializado. *Revista de Patologia do Tocantins*, 8(3), 100-105.
- de Souza Motta, L. C., Oliveira, N. C. C., & Bomfim, S. D. L. (2018). Sífilis e/ou hiv: perfil epidemiológico das gestantes infectadas num município da região serrana do estado do rio de janeiro, brasil. *Revista da JOPIC*, 1(3).
- Feitosa, J. M. F., Conceição, H. N. D., Câmara, J. T., Chaves, T. S., Pereira, B. M., Moura, L. R. P., ... & Barros, L. A. A. (2020). Análise epidemiológica e espacial de HIV/AIDS em crianças e gestantes. *Rev. enferm. UFPE online*, 1-8.
- Ferreira, I., Ficagna, F. T., Pereira, I. C., De Souza, K. P., & Valcarenghi, R. V. (2021). Sentimentos das puérperas soropositivas para hiv em não poder amamentar: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 10(01), 10.
- Friedrich, L., Menegotto, M., Magdaleno, A. M., & Silva, C. D. (2016). Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. *Boletim Científico de Pediatria*, 5(3).
- Galvão, J. M. V., da Costa, A. C. M., & Galvão, J. V. (2017). Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/AIDS/Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado/Perfil socio demográfico de los pacientes con HIV/AIDS um servicio de atención... *Revista de Enfermagem da UFPI*, 6(1), 4-8.
- GERHARDT, T. E., & SILVEIRA, D. (2009). Tólf. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Hernandes, C. P., da Rocha, R. K., Hausmann, A., Appelt, J. B., & de Mattos Marques, C. (2018). Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *Journal of Health & Biological Sciences*, 7(1 (Jan-Mar)), 32-40.
- Hernando, V., Alejos, B., Montero, M., Pérez-Elias, M., Blanco, J. R., Giner, L., ... & Bolumar, F. (2017). Reproductive history before and after HIV diagnosis: a cross-sectional study in HIV-positive women in Spain. *Medicine*, 96(5).
- Labibe do Socorro, H. M., Palácios, V. R. C., Alcântara, M. S. V., & Bichara, C. N. C. (2012). Prevalência da infecção por HIV em grávidas no norte do Brasil.
- Lamounier, J. A., Moulin, Z. S., & Xavier, C. C. (2004). Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. *Jornal de pediatria*, 80, s181-s188.
- Lima, C. N., de Moraes, L. P., & Rêgo, H. C. L. J. (2019). Aleitamento materno: a visão de puérperas soropositivas para HIV e HTLV quanto a não amamentação. *Nursing (São Paulo)*, 22(248), 2583-2586.
- Medeiros, D. D. S., & Jorge, M. S. B. (2018). A invenção da vida na gestação: viver com HIV/aids e a produção do cuidado. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 242-261.
- Portaria nº 1930/03 de 09 de Outubro. *Diário Oficial da União*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1930_09_10_2003.html
- Prodanov, C. C., & De Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição*. Editora Feevale.
- Ramos, L., Visgueira, A. F., Oliveira, N. L., & Rocha, M. E. M. O. (2016). Variable epidemiological of HIV infection in pregnant women/Variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes/Epidemiológica variable de La infección por HIV em mujeres embarazadas. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 5(1), 34-39.
- Rollins, N., Meda, N., Becquet, R., Coutoudis, A., Humphrey, J., Jeffrey, B., ... & Newell, M. L. (2004). Preventing postnatal transmission of HIV-1 through breast-feeding: modifying infant feeding practices. *Journal of acquired immunodeficiency syndromes (1999)*, 35(2), 188.
- Rosa, M. C. D., Lobato, R. C., Gonçalves, C. V., Silva, N. M. O. D., Barral, M. F. M., Martínez, A. M. B. D., & Hora, V. P. D. (2015). Avaliação dos fatores associados à transmissão vertical de HIV-1. *Jornal de Pediatria*, 91, 523-528.
- Silva, C. M. D., Alves, R. D. S., Santos, T. S. D., Bragagnollo, G. R., Tavares, C. M., & Santos, A. A. P. D. (2018). Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 568-576.
- Silva, L. R., Visgueira, A. F., Oliveira, N. L., & Rocha, M. E. M. O. D. (2016). Variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes. *Rev. enferm. UFPI*, 34-39.
- Teixeira, S. P., de Aguiar, D. S., Nemer, C. R. B., & de Oliveira Menezes, R. A. (2020). Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(2), e2543-e2543.
- Trindade, L. D. N. M., Nogueira, L. M. V., Rodrigues, I. L. A., Ferreira, A. M. R., Corrêa, G. M., & Andrade, N. C. O. (2021). Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
- Vieira, C. R. S. F., Cardoso, F. C., Miranda, R. D. N. A., de Souza, R. G., Santa Brigida, A. M. D. S., & dos Santos Barros, L. (2021). O HIV na Região Norte: Análise em 10 anos de enfrentamento HIV in the Northern Region: Analysis in 10 years of confrontation. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 120785-120798.
- WHO. World Health Organization. (2022, 27 de julho). *Infecção pelo HIV*.
- WHO. World Health Organization. (2022, 15 de novembro). *Perguntas e respostas sobre HIV/AIDS*.