

# MOTIVOS DE NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME HIV EM GESTANTES DE TERESÓPOLIS

*Reasons for not doing the HIV test in pregnant women from Teresópolis*

*Beatriz Curty Serrão<sup>1</sup>; Marcus Jose do Amaral Vasconcellos<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup>. Aluna de Graduação da Faculdade de Medicina da UNIFESO. bia\_serrao@hotmail.com

<sup>2</sup>. Professor Titular da Faculdade de Medicina da UNIFESO. marcusav@globo.com

---

## RESUMO

**Introdução** - o controle da infecção pelo HIV na gestação está diretamente relacionada com a testagem universal e o mais precoce possível. As normas vigentes admitem que quando feita acima de 20 semanas será considerada inadequada. **Objetivos** – completar trabalho já apresentado há 2 anos, quando o percentual de testagem antes de 20 semanas foi de cerca de 40%, e desta vez pesquisar as razões para que esta inadequação acontecesse. **Métodos** - estudo de caso analítico, prospectivo, com aplicação de questionário que somente perguntava qual a razão para não ter feito o exame antes de 20 semanas, em puérperas atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis. **Resultados** – o primeiro resultado foi que aconteceu uma queda de 50% nas pacientes que não foram rastreadas para o HIV quando grávidas. O segundo resultado mostrou que 80% das falhas estavam relacionadas com o sistema de saúde em todos os seus aspectos: pessoal, material, consultas. E finalmente apreendeu-se que as pacientes solteiras devem receber mais orientações para o exame, quando analisados vários dados epidemiológicos e de qualidade do pré-natal. **Conclusões** – continuar a reforçar a necessidade do rastreamento precoce na cidade, atenção maior para as pacientes sem companheiro, e, principalmente, melhorar o atendimento primário de pré-natal em Teresópolis.

Descritores: Sorologia da AIDS; Cuidado Pré-natal; Saúde Pública

## ABSTRACT

**Background** - the control of HIV infection in pregnancy is directly related to universal testing and the earliest possible. The current regulations admit that when done above 20 weeks will be considered inadequate. **Aims** - complete work already presented two years ago, when the percentage of tested before 20 weeks was about 40%, and this time investigate the reasons for this inadequacy to happen. **Methods** - An analytical, prospective case study with questionnaire application that only asked the reason for not having undergone the exam before 20 weeks, in puerperal patients attended at Maternity Hospital of Clinics of Teresópolis. **Results** - the first result was a 50% drop in patients who were not screened for HIV when pregnant. The second result showed that 80% of the failures were related to the health system in all its aspects: personnel, material, consultations. And finally it was understood that single patients should receive more guidelines for the examination, when analyzed several epidemiological and prenatal quality data. **Conclusions** - continue to reinforce the need for early screening in the city, greater attention for patients without partners, and, especially, improve primary prenatal care in Teresópolis.

Keywords: SIDA testing; Perinatal Care; Health Public

## 1. INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS tornou-se uma preocupação na saúde nas últimas décadas. <sup>(1)</sup> Observa-se uma mudança do padrão de disseminação da infecção com um aumento na prevalência por heterossexuais, o que resulta em significativo aumento de mulheres infectadas, especialmente aquelas em idade reprodutiva e conseqüentemente, no número de transmissões verticais que pode ocorrer durante a gestação, no parto ou na lactação. <sup>(2 - 3)</sup> Diante disso, a infecção pelo HIV tornou-se comum no cenário obstétrico e motivo de preocupação quanto a prevenção materno-fetal. <sup>(1 - 2)</sup> A transmissão vertical é responsável pela maioria dos casos de infecção pelo HIV em crianças abaixo de 13 anos e no Brasil, 84% dos casos são decorrentes desse processo. <sup>(3)</sup>

O rastreamento da infecção pelo HIV na gestação deve ser feito na primeira consulta do pré-natal e repetida no 3º trimestre. <sup>(4)</sup> Como a infecção pelo HIV demora de 6 a 12 semanas para aparecer, janela imunológica, a repetição no início do último trimestre é importante. <sup>(4)</sup> É importante estar atento pois a taxa de falso-negativos é alta, mas a viremia também está alta e a chance de transmissão para o feto é grande. <sup>(4)</sup> Vale ressaltar que a transmissão materno-infantil pode chegar a 25,5% sem intervenção mas pode-se reduzir em níveis 0-2% quando medidas preventivas são iniciadas precocemente e que o ideal seria o diagnóstico antes da gestação. <sup>(3 - 5)</sup>

Em caso de positividade somente no 3º trimestre, deve ser solicitado carga viral e contagem de CD4+ imediatamente e se a gestante começar o pré-natal tardiamente, o uso do teste rápido está indicado. <sup>(4)</sup> Todas as gestantes HIV positivo devem ser notificadas mesmo que ela já tendo sido notificada previamente como portadora da doença e todas devem ser acompanhadas em uma unidade de referência, estabelecendo um acompanhamento multidisciplinar. <sup>(4)</sup> Os fatores associados a transmissão materno-infantil são a ruptura prolongada das membranas amnióticas, a carga viral, a presença de doenças sexualmente transmissíveis, o tipo de parto, prematuridade e uso de drogas. <sup>(2)</sup>

Estabelecido o diagnóstico, deve ser iniciada orientação sobre medicamentos retrovirais e cuidados no puerpério como amamentação que não pode ser realizada e introdução de fórmula láctea desde o nascimento, além disso devem ser solicitados a

contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral da gestante. <sup>(4)</sup> Todas as dúvidas da paciente devem ser esclarecidas e uma boa relação médico-paciente é de extrema importância. Deve-se explicar a importância do Terapia Antirretroviral na evolução da doença, abordar a possibilidade de transmissão vertical e suas medidas de cuidado, disponibilizar ajuda psicossocial se necessário. <sup>(4)</sup> Estudos comprovaram que o tratamento com a terapia antirretroviral é capaz de uma grande redução na carga viral da gestante, fato imprescindível para reduzir o risco de transmissão para o recém-nascido. <sup>(3)</sup>

Quanto ao trabalho de parto e parto, a maioria das transmissões verticais do HIV acontecem nesse momento e em proporções menores intra-útero e na amamentação. Sendo assim, é importante ter os cuidados preconizados. <sup>(4)</sup> A via de parto deve ser escolhida de acordo com a idade gestacional e a carga viral da gestante, assim como avaliação do médico. <sup>(4)</sup> A quimioprofilaxia antirretroviral está indicada em todos os casos de diagnóstico prévio e teste rápido positivo no momento do parto e vai depender da carga viral materna durante o parto e da terapia realizada durante a gestação. <sup>(6)</sup>

A assistência pré-natal é de suma importância quando o assunto é infecção pelo HIV, pois um pré-natal de boa qualidade ajuda a prevenir a transmissão vertical e dá o aconselhamento necessário a gestante. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza para todos o pré-natal e é necessária uma relação entre os centros de referência e as Unidades Básicas de Saúde da Família. <sup>(4-7)</sup>

Porém, é importante dizer que fatores como uma assistência de boa qualidade, nível socioeconômico, escolaridade e fatores geográficos influenciam no acesso ao serviço de saúde, e muitas vezes impedem a realização de um pré-natal de boa qualidade. <sup>(7)</sup> A avaliação dos cuidados da gestante com infecção pelo HIV apresentou falhas em diversos pontos. Geralmente, o teste de HIV no pré-natal é aceito em larga escala mas há uma falha nos outros pontos na prevenção da transmissão materno-fetal. <sup>(8-9)</sup> Entre as falhas no processo de detecção do HIV na gestação, encontra-se ausência de pré-natal ou início tardio, realização do pré-natal, porém sem pedido do exame de HIV pelo médico, resultado tardio da sorologia pelo HIV impedindo a devida intervenção. <sup>(1)</sup>

Diante do exposto, é importante identificar onde está a falha no acesso a saúde e através disso, buscar soluções que melhorem a qualidade do pré-natal, do

rastreamento da infecção pelo HIV na gestação e conseqüentemente, diminuição dos casos de transmissão materno-fetal do vírus HIV.

Em 17 de dezembro de 2013, o Ministério da Saúde distribuiu a Portaria 29, que aprovava o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção HIV em adultos e crianças. O texto deste manual dizia o seguinte: <sup>(10)</sup>

- “ Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Considerando que a identificação dos indivíduos infectados pelo HIV é importante porque permite o tratamento, o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e a melhora na qualidade de vida;
- Considerando que a definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para sua proteção, controle da infecção e da disseminação do vírus;
- Considerando que não existem testes laboratoriais que apresentem 100% (cem por cento) de sensibilidade e de especificidade, e que resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes podem ocorrer na prática diária entre os distintos testes;
- Considerando que existem vários fluxogramas estabelecidos de acordo com o avanço científico e com a experiência mundial consolidada, que permitem o diagnóstico correto da infecção pelo HIV, por meio da combinação dos diferentes testes disponíveis no mercado; e
- Considerando que para o diagnóstico da infecção pelo HIV faz-se necessária a avaliação conjunta da história clínica e do risco de exposição do indivíduo à infecção concomitantemente ao resultado laboratorial, que irá orientar as decisões e a conclusão diagnóstica. E ainda, que a ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior particularmente em gestantes e/ou portadores de algumas enfermidades autoimunes, resolve:

Art. 1º Aprovar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, disponível no endereço eletrônico [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), que contém os fluxogramas recomendados para diferentes cenários e situações que se adequem à pluralidade de condições e à diversidade de serviços de saúde públicos e privados.

§ único. O Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças será revisto semestralmente e atualizado à luz dos avanços científicos por um comitê composto por profissionais de notório saber.

Art. 2º Fica definido que as amostras podem ser de soro, plasma, sangue total, sangue seco em papel filtro, fluido oral ou de outros fluidos que tenham eficácia diagnóstica cientificamente comprovada.

§ 1º Todas as amostras devem ser coletadas e testadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante do conjunto diagnóstico a ser utilizado.”

Esta justificativa nos coloca em posição clara e direta: a gestante tem que ser rastreada o mais cedo possível durante seu período gestatório. Considerando esta normativa do Ministério da Saúde, alguma coisa deve estar errada. Com esta finalidade procurou-se os dados reais no município de Teresópolis.

## **2.OBJETIVOS**

### **Primário**

Determinar as principais razões que fazem uma paciente não realizar a testagem sorológica para o vírus da imunodeficiência adquirida durante sua gestação na cidade de Teresópolis.

### **Secundário**

Correlacionar as diversas razões da não realização do exame com alguns dados epidemiológicos pesquisados durante o trabalho, procurando saber se existe alguma prevalência de algum tipo de paciente que não é rastreada quanto a presença do vírus.

## **3.MÉTODOS**

Trata-se de estudo descritivo, prospectivo que se iniciou por uma revisão da literatura nos principais sistemas de busca na área médica como MedLine, PubMed, LILACS, Biblioteca Cochrane, e Periódicos CAPES, em artigos dos últimos 10 anos, em língua inglesa, espanhola ou portuguesa, usando os seguintes descritores: *AIDS na gestação – Rastreamento do vírus HIV – Pré-natal de alto risco – Pré-natal de portadoras do HIV.*

Com estas informações teóricas, principalmente relacionadas com rastreamento da infecção na gestação, nos capacitou a construir um questionário, que além de apontar alguns parâmetros epidemiológicos da população estudada, faz uma única

pergunta a paciente: Porque ela não fez o exame de HIV antes de 20 semanas de gestação?

### **Instrumento de Pesquisa**

#### **Internato – turma 86**

Data do parto \_\_\_\_\_

Idade gestacional no parto \_\_\_\_\_

#### **Dados epidemiológicos gerais**

Estado civil  solteira  união estável  casada

Idade  < 18  18 – 25  26 – 40  > 40

Número de gestações  1  2  3  > 3

Cor  branca  não branca

Renda familiar  < SM  SM  2SM  3SM  > 3SM

Gravidez planejada  sim  não

Pré-natal realizado no HCT  sim  não

Dificuldade de conseguir iniciar pré-natal  sim  não

Número de consultas  até 3  entre 3 e 5  entre 6 e 8  > 8

Início do pré-natal  antes de 12 semanas  entre 12 e 24  após 24 semanas

Qualidade do pré-natal  ótima  razoável  ruim

Porque você fez o teste do HIV somente após 20 semanas de gestação?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data da aplicação do questionário \_\_\_\_\_

Pesquisador que aplicou o questionário \_\_\_\_\_

Este questionário foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESO, sendo a aprovação do projeto apresentada no **CAAE**: 65006317.3.0000.5247. Ao final da pesquisa, primeiramente foram agrupadas as respostas dadas pelas pacientes, usando uma lógica comparativa entre as respostas. Estes dados foram percentualizados para categorizá-los do mais importante para o de menor valor.

Em seguida, cada grupo de respostas foi relacionado com os principais fatores epidemiológicos pesquisados, permitindo assim uma percepção de que grupo de mulheres deixam de realizar seus exames.

#### 4.RESULTADOS

Entre 19 de abril e 21 de outubro de 2017, foram entrevistadas 270 pacientes que tiveram seus filhos vivos na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis. As pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e a abordagem foi feita por somente uma pesquisadora.

Neste grupo de pacientes, 55 (20,3%) só rastrearam a presença do vírus HIV após 20 semanas de gestação, caracterizando um procedimento tardio segundo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil. <sup>(4)</sup>

A primeira análise dos resultados nestas pacientes, foi agrupar as causas, já que o questionário foi aberto permitindo as mais diferentes respostas. Desta forma podemos apresentar as principais razões:

- 30 pacientes descobriram gestação tardiamente;
- 6 pacientes não quiseram fazer o pré-natal antes de 20 semanas;
- 10 pacientes informaram que o profissional de saúde solicitou o exame mais tarde;
- 4 pacientes tiveram dificuldades de procurar laboratório;
- 1 paciente afirmou “que não lembrava “porque não fez o exame pedido;
- 1 paciente não falava português e o marido não soube explicar o motivo;
- 1 paciente disse que o posto “ficou sem médico “;
- 1 paciente mudou seu endereço e custou a se matricular novamente em outro pré-natal;
- 1 paciente referiu “uma perda de memória “e fez exame tardiamente.

Admitindo uma responsabilidade dividida entre o sistema de saúde e seus profissionais, e as pacientes, o passo seguinte foi buscar, nos fatores epidemiológicos, a predominância de algum deles em algum destes grupos. A TABELA 1 distribui estas informações e calcula o qui-quadrado para cada parâmetro. Podemos observar que somente o quesito estado civil mostrou diferença estatística, o que não aconteceu com os demais parâmetros avaliados.

**TABELA 1** – Comparação de fatores epidemiológicos entre os dois grupos estudados: exame pedido tardiamente por falha do sistema de saúde, e falha da paciente (n = 55 pacientes)

|                 | Falha sistema<br>N = 44 | Falha paciente<br>N = 11 | Valor de p |
|-----------------|-------------------------|--------------------------|------------|
| Estado civil    |                         |                          |            |
| Solteira        | 34                      | 5                        | 4,31       |
| Casada          | 10                      | 6                        | < 0.01     |
| Idade materna   |                         |                          |            |
| Menos 18        | 7                       | ---                      | -----      |
| Mais de 18      | 37                      | 11                       |            |
| Paridade        |                         |                          |            |
| Primigesta      | 14                      | 2                        | 0,79       |
| Mais de 1 filho | 30                      | 9                        | NS         |
| Cor             |                         |                          |            |
| Branca          | 14                      | 5                        | 0,72       |
| Não branca      | 30                      | 6                        | NS         |
| Gestação        |                         |                          |            |
| Planejada       |                         |                          |            |
| SIM             | 10                      | 2                        | 0,30       |
| NÃO             | 34                      | 9                        | NS         |

A TABELA 2 faz esta mesma comparação, mas abordando dados do pré-natal. Os resultados são abaixo demonstrados, e nenhum dos tópicos mostrou diferença significativa.

**TABELA 2** – Comparação de fatores relacionados com o pré-natal entre os dois grupos estudados: exame pedido tardiamente por falha do sistema de saúde, e falha da paciente (n = 55 pacientes)

|                           | Falha sistema<br>N = 44 | Falha paciente<br>N = 11 | Valor de p |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------|------------|
| Pré-natal no HCT          |                         |                          |            |
| SIM                       | 19                      | 2                        | 2,33       |
| NÃO                       | 25                      | 9                        | NS         |
| Dificuldade de<br>começar | 7                       | 11                       | ----       |
| SIM                       | 37                      | 0                        |            |
| NÃO                       |                         |                          |            |
| Número de<br>consultas    | 21                      | 11                       | ---        |
| < 5                       | 23                      | 0                        |            |
| 5 ou mais                 |                         |                          |            |
| Início do pré-natal       |                         |                          |            |
| Até 12 semanas            | 6                       | 1                        | 0,16       |
| Após 12 semanas           | 38                      | 10                       | NS         |
| Qualidade pré-natal       |                         |                          |            |
| Ótima                     | 22                      | 5                        | 0,07       |
| Ruim                      | 22                      | 6                        | NS         |

## 5.DISSCUSSÃO

A primeira crítica que podemos fazer vem da publicação de Carneiro et al <sup>(11)</sup>, que lembram que o rastreamento para o HIV na gestação, mesmo sendo universal e obrigatório pelas normas da Organização Mundial de Saúde, necessita de um aconselhamento completo sobre o significado do exame. Os autores observaram que este procedimento é negligenciado e concluíram que este é um “comprometimento *da autonomia das mulheres, criando um mecanismo de poder que não pode ser aceito*”.

A transmissão perinatal ou vertical do HIV pode ocorrer tanto intra-útero, como durante o trabalho de parto e no período pós-parto pelo aleitamento. Souza et al <sup>(12)</sup> relacionam a “fuga” do exame de rastreamento aos fatores emocionais, após

entrevistar 13 gestantes nesta situação. O medo do resultado e a descrença que seu companheiro não “*seria capaz de transmitir o vírus*”, foram as principais razões apontadas.

Veloso et al. <sup>(13)</sup> publicaram amostra significativa para estimar as taxas de oferta e de realização do teste HIV durante pré-natal. Em 12 cidades brasileiras, os autores realizaram um estudo transversal com 2.234 gestantes. Os resultados mostraram que 77,5% das pacientes realizou o exame antes de 20 semanas, e os dados epidemiológicos com relação direta com a realização do exame foram: conhecimento da infecção, maior nível de escolaridade, maior número de consultas de pré-natal e cor de pele branca. Os autores sugerem em sua conclusão que quanto mais se falar sobre o HIV, principalmente em mulheres não brancas, maior será a probabilidade de testagem, e conseqüentemente, diagnóstico mais precoce.

Os mesmos resultados foram apresentados por Santos <sup>(14)</sup> em tese de mestrado realizada no Rio de Janeiro. O autor chegou às seguintes conclusões: a aceitação do teste de HIV no pré-natal e no momento do parto é alta e a oferta é o principal fator associado à realização do teste. As chances de as mulheres não brancas e com baixa escolaridade receberem a oferta do teste no pré-natal é significativamente mais baixa quando comparadas às mulheres brancas e com maior escolaridade. Conhecer a importância do teste de HIV para a prevenção da transmissão vertical do HIV e ter frequentado um número maior de consultas de pré-natal também se mostraram associados à maior chance de receber a oferta do teste.

Nosso trabalho é a continuação do trabalho de conclusão de curso apresentado em 2016. Entre fevereiro e dezembro daquele ano, nasceram 881 recém-natos vivos na Maternidade do HCT. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram entrevistadas 587 pacientes (66,62% do total dos partos, qualquer que fosse a via).

As principais informações epidemiológicas e onde foi o pré-natal mostraram a predominância das casadas, sem distinção de cor de pele, com idade entre 18 e 25 anos e em seu 2º filho. A maioria do pré-natal no Sistema Único de Saúde.

Em relação ao rastreamento do vírus HIV, a TABELA 3 resume muito bem o comportamento das pacientes atendidas na maternidade do HCT. Como a cidade tem somente 2 maternidades, e a nossa é responsável por cerca de 90% dos atendimentos

cirúrgicos em obstetrícia, podemos fazer uma ilação, que estes números refletem uma amostra quase de toda a população.

**TABELA 3** – Resultados do inquérito sobre o rastreamento do vírus HIV em pacientes que deram a luz na maternidade do HCT (587 pacientes em 2016)

| Momento da sorologia       | Números absolutos | Percentual |
|----------------------------|-------------------|------------|
| Sem cartão                 | 19                | 3,23       |
| Sem relato no cartão       | 13                | 2,21       |
| Fez exame na hora do parto | 30                | 5,11       |
| Até 15 semanas de gestação | 311               | 52,98      |
| Entre 16 e 25 semanas      | 153               | 26,06      |
| Mais de 25 semanas         | 91                | 15,50      |

Os resultados mostram que 10,55% das pacientes não teve o contato com o exame do HIV, que 41,56% fez o exame tardiamente, colocando em risco o resultado do tratamento, e que somente 52% fez o exame como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

O passo seguinte foi pesquisar as principais razões para que quase a metade das pacientes realizassem seus exames fora do protocolo definido pelo país, chegando ao ponto de realizar o primeiro exame no momento do parto.

Em nosso trabalho, mesmo que o percentual de pacientes rastreadas tardiamente tenha caído pela metade, podemos claramente distinguir as falhas do sistema de atendimento, quer seja focada no profissional de saúde, quer seja no sistema de saúde como um todo. Neste grupo estavam 80% das respostas que justificavam o exame tardio. Em 20% das pacientes notava-se claramente que a responsabilidade podia ser atribuída à paciente.

Quando comparamos alguns dados epidemiológicos nestes dois grupos (cor, idade, paridade, estado civil e planejamento da gestação) só encontramos diferença no estado civil, caracterizando que ser solteira leva a paciente, com maior frequência, a não realizar o exame no prazo correto.

O que mais chamou a atenção em nosso trabalho, foi que ao avaliar pontos importantes do pré-natal que pudessem estar influenciando o rastreamento inadequado do HIV, observamos que mesmo no ambulatório de nosso hospital, o exame não apresentava melhor performance.

Veloso et al <sup>(13)</sup> apresentaram trabalho com material significativo colhido em 12 cidades brasileiras, com 2.234 puérperas. Amostras probabilísticas foram selecionadas independentemente por cidade, entre puérperas que compareceram a pelo menos uma visita pré-natal. Foram coletados dados sociodemográficos, informações sobre cuidado pré-natal e acesso a intervenções de prevenção do HIV durante a gravidez corrente, com a utilização de um questionário. Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas para verificar os efeitos independentes das covariáveis na oferta e realização do teste anti-HIV. Os dados foram coletados no período de novembro de 1999 a abril de 2000.

Os resultados mostraram que a oferta do teste anti-HIV foi positivamente associada a: conhecimento prévio sobre a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV; maior número de visitas pré-natal; maior nível de escolaridade e ter cor da pele branca. A taxa de aceitação do teste anti-HIV foi de 92,5 por cento. Os autores concluíram que a disseminação da informação sobre prevenção da transmissão materno-infantil do HIV pode contribuir para aumentar a cobertura da testagem anti-HIV durante a gravidez. Mulheres não-brancas com menores níveis educacionais devem ser priorizadas. Estratégias para aumentar a participação de populações vulneráveis ao cuidado pré-natal e a sensibilização de trabalhadores de saúde são de grande importância. <sup>(15)</sup>

## **6.CONCLUSÕES**

Em quase dois anos que separaram as duas abordagens relacionadas com percentual de exames de triagem do HIV, aconteceu uma melhora significativa na cidade, caindo de cerca de 41% para 20% o percentual de pacientes que fizeram seu exame depois de 20 semanas.

As principais causas para que este exame não fosse feito no período recomendado estavam relacionados com o sistema de saúde como um todo.

As pacientes solteiras mostraram uma importância significativa nestes resultados, devendo receber uma abordagem mais ativa.

## 7. AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio e incentivo, às pacientes pela paciência na aplicação dos questionários, à equipe do hospital pela boa vontade e a todos que me inspiraram para realização desse trabalho.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zimmermann JB, Neves HS, Souza PB, Pena DMF, Pereira MP, et al. Rastreamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(4): 170-5.
2. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(6): 764-72.
3. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MF, Tavares LDL, et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(9): 1-10.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
5. Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(4): 644-51.
6. Fernandes A, Amaral B, Carinhas MJ, Vasconcelos O, Horta A, et al. Transmissão mãe-filho da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana do tipo 1. *Nascer Crescer.* 2014; 23(2): 66-71.
7. Lima BGC, Costa MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde.* 2008; 17(2): 123-153.
8. Veloso VG, Bastos FI, Portela MC, Grinsztejn B, João EC, et al. HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(5): 803-11.
9. Gumede-Moyo S, Filteau S, Munthali T, Todd J, Musonda P. Implementation effectiveness of revised (post-2010) World Health Organization guidelines on prevention of mother-to-child transmission of HIV using routinely collected data in sub-Saharan Africa: A systematic literature review. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(40): e8055.
10. Souza CP, Piantino CB, Queiroz CA, Maia MAC, Fortuna CM, et al. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. *J res: fundam care.* 2016; 8(2): 4526-4537.
11. Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciência Saúde Col.* 2010; 15(Supl. 1):

1217-1226.

12. Souza NR, Carmo TM, Bernardes EH, Silva AT, Lima AP. Percepções das gestantes na realização do teste anti-HIV (elisa) em um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS de uma cidade do estado de Minas Gerais. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2008; 20(1): 24-31.

13. Veloso VG, Portela MC, Vanconcelos MTL, Matzenbacher LA, Vasconcelos ALR, et al. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. Rev Saúde Pública. 2008; 42(5): 859-67..

14. Santos VGV. A testagem anti-HIV na prevenção da transmissão vertical: avaliação do pré-natal e no momento do parto. [Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2008.

15. Souza SR. Transmissão vertical do HIV no Estado de São Paulo, Brasil: a perspectiva das mulheres. [Dissertação(Mestrado em Saúde Pública)]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.