

**ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES INFECTADAS PELO HIV/AIDS:
 PERÍODO DE 2010 A 2015**

Catileni Fischer¹, Júlia Lais Rosario¹
 Grazielle Arruda Alves¹, Tatiana Mezdri¹, Luciane Peter Grillo¹

RESUMO

Introdução: Mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana estão expostas a maiores riscos durante a gestação. **Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e estado nutricional de gestantes infectadas pelo HIV/AIDS cadastradas em um Centro de Referência em Doenças Infecciosas de um município do litoral do Estado de Santa Catarina, no período de janeiro de 2010 a junho de 2015. **Materiais e métodos:** Caracteriza-se pela abordagem quantitativa, retrospectivo e descritivo utilizando prontuários das gestantes para avaliar as variáveis socioeconômicas, clínicas e antropométricas. **Resultados:** A idade média das gestantes foi de 28,2±6,34 anos. Prevaleceu a raça branca (78,6%), escolaridade igual ou inferior a 8 anos (96,2%) e sem companheiro (52,2%), 21,4% usa de tabaco e 8,6% drogas. A maioria realizou pré-natal (97,7%), com média de 6,5 ±2,84 consultas. O tipo de parto predominante foi a cesárea eletiva (53,7%). O diagnóstico laboratorial de HIV/AIDS foi confirmado na primeira consulta do pré-natal para 66,7% das gestantes. Com relação ao estado nutricional, 43,5% estava com sobrepeso/obesidade no início da gravidez e ao final, este valor aumentou para 74,1%. **Conclusão:** Este estudo evidenciou o ganho de peso excessivo durante a gestação das mulheres com HIV positivo, neste sentido, sugere-se a formulação de ações em saúde e práticas sociais para o controle de peso buscando melhor qualidade de vida para este grupo populacional.

Palavras-chave: Gravidez. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Estado Nutricional. Diagnóstico Clínico.

1-Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí-SC, Brasil.

E-mails dos autores:
 kattyorganelas@gmail.com
 julialaisn_rosario@hotmail.com
 grazyalves@hotmail.com
 mezdri@univali.br
 grillo@univali.br

ABSTRACT

Nutritional status of hiv/aids infected pregnant: period 2010 to 2015

Introduction: Women infected with the human immunodeficiency virus are at increased risk during pregnancy. **Objective:** This study aimed to evaluate the sociodemographic, clinical and nutritional status of pregnant women infected with HIV/AIDS registered at a Reference Center on Infectious Diseases in the municipality of Itajaí from January 2010 to June 2015. **Materials and methods:** It is characterized by quantitative, retrospective and descriptive approach, using charts of pregnant women to evaluate socioeconomic, clinical and anthropometric variables. **Results:** The sociodemographic results showed that the mean age was 28.2 ± 6.34 years, white race (78.6%), schooling less than 8 years old (96.2%), with no partner (52.2%), use of tobacco (21.4%) and drugs (8.6%). The majority of these pregnant women performed prenatal care (97.7%), with a mean of 6.5 ± 2.84 visits. The predominant type of delivery was elective cesarean section (53.7%). The laboratory diagnosis of HIV / AIDS was predominantly performed at the first prenatal visit (66.7%), but at 31.9% during and 1.4% at delivery. Regarding the body mass index, the majority of the patients presented adequacy (54%) at the first prenatal visit, but in the last visit only 23.8%, emphasizing the increase in overweight (from 30.0% to 44.6 %) and obesity (from 13.5% to 29.5%) and a drop in malnutrition, from 2.5% to 2.1%. **Conclusion:** It is hoped that these findings will provide subsidies for formulating health actions, studies and social practices that provide a better quality of life for this population group.

Key words: Pregnancy. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Nutritional Status. Clinical Diagnosis.

Endereço para correspondência:
 Luciane Peter Grillo
 Rua Uruguai, 458, Centro, Itajaí-SC.
 CEP: 88.302-202.

INTRODUÇÃO

Na década de 80, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida como doença, pois é resultado da infecção pelo vírus chamado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um tipo especial de vírus conhecido como retrovírus, que, para multiplicar-se, precisa de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA (ácido ribonucléico) viral para uma cópia do DNA (ácido desoxirribonucléico), fazendo o "caminho inverso" (Santos e Souza, 2012).

A evolução da epidemia do HIV/AIDS atingiu de forma acentuada as mulheres, suscitando a implementação de políticas públicas como a oferta, durante a assistência pré-natal, de sorologia para detecção do HIV e tratamento profilático com terapia antirretroviral (TARV).

Tais políticas contribuíram para mudanças positivas no perfil de morbimortalidade e redução no risco de transmissão vertical pós-introdução da TARV (Bassichetto e colaboradores, 2013).

Em países onde a transmissão do vírus é elevada, os dados epidemiológicos disponíveis consistem em resultados de prevalência de HIV/AIDS entre mulheres grávidas que frequentam clínicas médicas e de pesquisas com representatividade nacional de base populacional, relatando a importância do pré-natal para o diagnóstico, o acompanhamento e tratamento dos doentes (UNAIDS, 2016).

Em muitos casos, o diagnóstico de HIV/AIDS é revelado pela gestação, em que a mulher precisa lidar com a própria condição ao mesmo tempo em que realiza procedimentos para evitar a transmissão para o bebê (Gonçalves e Piccinini, 2015).

Dados coletados no Brasil entre os anos 2000 e 2017, revelaram 108.134 notificações de gestantes infectadas com HIV. Destas, 39,1% residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%) (Ministério da Saúde, 2017).

É importante destacar ainda que, após quatro décadas do surgimento da epidemia, uma das conquistas mundiais refere-se ao aumento da perspectiva de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, devido acesso ao tratamento e a diminuição global de novos casos.

Entretanto, nos contextos regionais, existem barreiras socioculturais, políticas e econômicas que reforçam o estigma vinculado ao HIV/AIDS e comprometem o controle da epidemia, pois o diagnóstico positivo do HIV/AIDS ainda é associado ao medo do isolamento social, do afastamento de familiares, parceiros/as e amigos e da perda do emprego e esse receio reduz a busca pelo conhecimento da condição sorológica; contribui para o silêncio acerca do diagnóstico positivo e inibe o acesso aos recursos disponíveis na rede de saúde (Pereira e Monteiro, 2015).

Evidências demonstram que o desequilíbrio no estado nutricional durante a gestação pode contribuir para um resultado obstétrico desfavorável, especialmente em mulheres com HIV/AIDS, pois o sistema imunológico fica debilitado e necessita de cuidados especiais, se considerado que estas gestantes estão expostas à riscos acrescidos durante a gravidez, podendo influenciar no peso ao nascer, na duração da gestação e na morbidade e mortalidade neonatal.

Dessa forma, as condições socioeconômicas, a qualidade da assistência pré-natal, bem como infecções oportunistas constituem variáveis associadas ao estado nutricional da gestante (Bassichetto e colaboradores, 2013).

O acompanhamento da evolução nutricional de maneira efetiva antes, durante e após a gestação com o objetivo de reduzir os riscos perinatais é essencial, pois as necessidades nutricionais e energéticas podem variar segundo o diagnóstico nutricional na primeira consulta do pré-natal, o estágio da infecção pelo vírus, as comorbidades (como diabetes, hipertensão ou obesidade) e o estilo de vida (Ministério da Saúde, 2010a).

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil socioeconômico, clínico e estado nutricional de gestantes infectadas pelo HIV/AIDS cadastradas em um Centro de Referência em Doenças Infecciosas de um município do litoral catarinense no período de janeiro de 2010 a junho de 2015.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí com protocolo número 1.713.254.

Estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo e descritivo utilizando todos os prontuários das gestantes HIV-positivas cadastradas em um Centro de Referência de Doenças Infecciosas (CEREDI) de um município do litoral do Estado de Santa Catarina, no período de janeiro de 2010 a junho de 2015.

O CEREDI oferece os seguintes serviços: clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia, enfermagem, planejamento familiar, preventivo do câncer, hematologia, pneumologia, farmácia, infectologia, psicologia, fisioterapia, atenção à transmissão vertical, internação de crianças e adultos (somente durante o dia) e ainda conta com os Programas de Hanseníase, Tuberculose e Hepatites.

Os prontuários que foram incluídos no estudo obtiveram pelo menos as seguintes informações (critérios de inclusão): medida da altura e duas medidas de peso (até a 14ª semana e após a 37ª semana de gestação).

Para a caracterização das gestantes, foram coletadas variáveis sociodemográficas (idade, raça, escolaridade, estado civil,

tabagismo, uso de droga), clínicas (evidência laboratorial do HIV, tipo de parto, realização de pré-natal) e antropométricas (peso pré e pós-gestacional e altura).

A evolução do estado nutricional inicial e final foi realizada com o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido a partir dos dados de altura (m) e peso (kg) verificados até a 14ª semana e após a 37ª semana de gestação. O IMC inicial foi diagnosticado com os pontos de corte da WHO (1995) e o final com a classificação do Institute of Medicine (2009).

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel. Para descrever as variáveis quantitativas foram calculadas frequências absolutas (n), relativas (%), médias e intervalos de confiança (IC 95%).

RESULTADOS

De acordo com os critérios de inclusão foram incluídas 228 gestantes soropositivas para o HIV/AIDS que estavam cadastradas no CEREDI no período estudado.

Tabela 1 - Distribuição de gestantes soropositivas para o HIV, segundo características sociodemográficas e clínicas no período de 2010 a 2015.

Characteristics	n	%	IC 95%
Idade (n=195)			
<20 anos	16	8,0	(4,2 – 11,8)
20-34 anos	150	77,0	(71,1 – 82,9)
≥35 anos	29	15,0	(10,0 – 20,0)
Escolaridade (n=210)			
≤8 anos	202	96,2	(93,6 – 98,8)
9 anos ou mais	8	3,8	(1,2 – 6,4)
Estado civil (n=209)			
com companheiro	100	47,8	(41,0 – 54,6)
sem companheiro	109	52,2	(45,4 – 59,0)
Tabagismo (n=224)			
sim	48	21,4	(16,0 – 26,8)
não	176	78,6	(73,2 – 84,0)
Uso de drogas (n=222)			
sim	19	8,6	(4,9 – 12,2)
não	203	91,4	(87,8 – 95,1)
Tipo de parto (n=218)			
vaginal	80	36,7	(30,3 – 43,1)
cesárea eletiva	117	53,7	(47,1 – 60,3)
cesárea urgência	18	8,3	(4,6 – 12,0)
sem informação	3	1,4	(-0,2 – 3,0)
Pré-natal (n=213)			
sim	208	97,7	(97,0 – 100,2)
não	5	2,3	(-0,2 – 3,0)
Diagnóstico do HIV (n=213)			
antes do pré-natal	142	66,7	(60,4 – 73,0)
durante o pré-natal	68	31,9	(25,6 – 38,2)
durante o parto	3	1,4	(-0,2 – 3,0)

Legenda: números amostrais diferentes nas variáveis em função do preenchimento dos prontuários.

Tabela 2 - Distribuição de gestantes soropositivas para o HIV (n=228), segundo características antropométricas no período de 2010 a 2015.

Características antropométricas	Média/Percentual	IC 95%
Peso primeira consulta pré-natal (kg)	65,8	(63,9 – 67,6)
Peso última consulta pré-natal (kg)	73,6	(71,6 – 75,5)
Altura (m)	1,6	(1,6 – 1,6)
IMC primeira consulta pré-natal (%)		
baixo peso	2,5	(0,3 – 4,7)
adequado	54,0	(47,1 – 60,9)
sobrepeso	30,0	(23,6 – 36,4)
obesidade	13,5	(8,8 – 18,2)
IMC última consulta pré-natal (%)		
baixo peso	2,1	(0,1 – 4,1)
adequado	23,8	(17,8 – 29,8)
sobrepeso	44,6	(37,6 – 51,6)
obesidade	29,5	(23,1 – 35,9)

Legenda: IMC (índice de massa corporal); IC (Intervalo de Confiança).

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas e clínicas dessas gestantes. Observa-se a predominância da faixa etária de 20 a 34 anos (77,0%), com idade mínima de 14 anos e a máxima de 46 anos, raça branca (78,6%), escolaridade igual ou inferior a 8 anos (96,2%), sem companheiro (52,2%).

O uso de tabaco foi referido por 21,4% das mulheres e de drogas por 8,6%. O tipo de parto predominante foi a cesárea eletiva (53,7%). A maioria destas gestantes realizou pré-natal (97,7%) com média de 6,5 ± 2,84 consultas. O diagnóstico laboratorial de HIV/AIDS foi predominantemente realizado antes do pré-natal (66,7%).

A Tabela 2 mostra as características antropométricas das gestantes onde a média do peso da primeira consulta pré-natal foi de 65,8 kg e da última foi de 73,6 kg.

Com relação ao IMC da primeira consulta pré-natal, a maioria apresentou eutrofia (54%), porém na última consulta pré-natal somente 23,8% estava adequada, salientando o aumento de sobrepeso (de 30,0% para 44,6%) e obesidade (de 13,5% para 29,5%) e diminuição do baixo peso que apresentou uma queda de 2,5% para 2,1%.

DISCUSSÃO

No presente estudo, com relação às características sociodemográficas, foi constatada a ocorrência de gestações em mulheres adultas com idade média de 28,2 anos.

Brandão e colaboradores (2011) caracterizando o perfil epidemiológico e nutricional de mulheres grávidas infectadas

pelo HIV em Niterói-RJ e Lima e colaboradores (2017) avaliando gestantes com HIV/AIDS em Mossoró-RN, também encontraram predominância de mulheres adultas jovens, o que demonstra ser uma característica de países em desenvolvimento onde as mulheres iniciam a vida reprodutiva nessa faixa etária (20-34 anos).

A raça branca foi predominante nesse estudo, semelhante ao trabalho realizado em Santa Maria-RS (Konopka e colaboradores, 2010) e no nordeste brasileiro (Lima e colaboradores, 2017).

A escolaridade é um importante marcador das condições socioeconômicas dos portadores de HIV/AIDS, Silva e colaboradores (2018), com o objetivo de conhecer as características epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes residentes no estado de Alagoas, no período de 2007 a 2015, encontraram 773 casos registrados e os resultados mostraram que a maioria dessas gestantes era jovens, com baixos níveis de instrução e situação socioeconômica de vulnerabilidade. No presente estudo 96,2% das gestantes apresentaram até 8 anos de estudo.

Em um estudo realizado no norte do país (Rio Branco, AC) sobre a autoestima e qualidade de vida de 352 gestantes, os autores observaram que 79,3% eram solteiras e os resultados mostraram que o apoio do parceiro durante a gravidez e parto contribui para aumentar autoestima da futura mãe e importante também para minimizar possíveis sintomas depressivos (Santos, Souza, 2015).

A predominância do estado civil sem companheiro também foi encontrada no

estudo realizado em Mossoró-RN (Lima e colaboradores, 2017) e no presente trabalho.

Encontrou-se um percentual maior de tabagistas (21,4%) neste estudo quando comparado aos trabalhos realizados com gestantes em Manaus-AM e no Rio Grande do Norte que identificaram que 4,1% e 9,6% das grávidas eram fumantes (Lima e colaboradores, 2017; Machado Filho e colaboradores, 2010), em contraste com gestantes cariocas em que 23,5% referiram uso de tabaco na gestação (Brandão e colaboradores, 2011).

Sabe-se que a gestação é um momento marcado por alterações fisiológicas no organismo da mulher, sendo recomendada a prática de hábitos saudáveis, a fim de equilibrar a saúde materna e fetal, prevenindo e minimizando complicações durante e após a gestação, trazendo atenção especial ao uso de substâncias nocivas à saúde como o uso de tabaco, que constitui um importante problema de saúde pública devido ao impacto negativo nas condições de saúde do feto, sobretudo relacionadas ao seu desenvolvimento e crescimento (Machado, Borges e Resende, 2017).

Embora as campanhas voltadas à importância do não uso de drogas durante a gestação sejam realizadas, 8,6% das gestantes do presente estudo relataram fazer uso destas substâncias.

Esses valores são superiores ao estudo de Lima e colaboradores (2017) e inferiores ao de Carvalho e Silva (2014) em que os autores referem que a manutenção deste comportamento pode potencializar os danos provocados pela infecção do HIV/AIDS e diminuir a capacidade de julgamento e tomada de decisão de risco como, por exemplo, no momento do uso de preservativo durante a relação sexual.

Ao avaliar o perfil clínico, esta pesquisa elucidou relevantes dados sobre o elevado percentual de partos vaginais (36,7%), a qual é a via de parto recomendada quando a carga viral está adequada.

Avaliando o tipo de parto realizado em 37 gestantes com HIV no município de São José dos Pinhais-PR, (Lenzi e colaboradores, 2013) descreveram que 94,6% foram realizados por cesárea, levando em conta que houve variação à adesão e ao tempo de tratamento com TARV, o que possivelmente contribuiu para maior número de cesária eletiva.

Segundo o Ministério da Saúde (2010b), vários estudos demonstraram o benefício da cesariana eletiva na redução da transmissão vertical do HIV, se comparada a outros tipos de parto.

Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde define como cuidado pré-natal adequado aquele no qual ocorre a realização de seis ou mais consultas, preconizando que quanto maior o número de consultas pré-natais maior a garantia de uma gestação e parto seguros (Melo e colaboradores, 2014).

Nesta variável analisada no presente estudo, constatou-se que o valor médio de consultas das parturientes com HIV apresentou valor superior (97,7%) ao de gestantes gaúchas (70%) (Ziebell e colaboradores, 2017).

Com relação as características antropométricas, Galvão e colaboradores (2018) ressaltaram a importância do conhecimento do estado nutricional para auxiliar a sobrevida desses pacientes. Nesta pesquisa, observou-se que a maioria das gestantes apresentou na primeira consulta peso adequado (54%) e somente 2,5% com baixo peso mostrando que a desnutrição não é um problema prevalente nesse grupo, porém, com relação ao peso da última consulta pré-natal houve um aumento de gestantes com sobrepeso e obesidade, demonstrando que o ganho de peso excessivo tem se tornado um problema de saúde pública e necessita de atenção imediata também no grupo de gestantes vivendo com HIV/AIDS.

Esses dados diferem de Brandão e colaboradores (2011) que analisaram 121 gestantes em um centro de referência, em que o diagnóstico de IMC da primeira consulta pré-natal apresentou 61,9% de adequação e 11,3% de baixo peso e o IMC final 29,4% de baixo peso, 28,4% com sobrepeso e obesidade e 42,2% com peso adequado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde é importantíssimo o aconselhamento sobre alimentação saudável e nutrição adequada nesta fase do ciclo da vida, tanto para a mulher quanto para a criança (OMS, 2017).

Como limitação do trabalho observou-se a escassez de publicações com relação aos dados antropométricos quando relacionados a esse grupo populacional específico.

CONCLUSÃO

Este estudo observou-se prevalência de gestantes adultas jovens, com baixa escolaridade, sem companheiros, fumantes, realização de pré-natal e com excesso de peso.

Medidas de vigilância do estado nutricional materno devem estar inseridas às rotinas dos serviços de saúde e, igualmente, devem considerar as especificidades desse grupo, buscando a garantia de um acompanhamento de qualidade na vida dessas mães, assim, possibilitando sobrevida aos seus filhos.

Visto que as gestantes são um grupo de estudo importante no contexto sociodemográfico, clínico e estado nutricional e o HIV/AIDS é um problema de saúde pública, tais constatações mostram a necessidade de estabelecer estratégias de atendimento que ampliem a adesão aos cuidados na gestação com relação a alimentação, sendo este um momento privilegiado para estimular a continuidade do cuidado próprio após o nascimento do bebê, garantindo a sua presença na vida da criança.

Espera-se que estes achados forneçam subsídios para formulação de ações em saúde e práticas sociais que proporcionem melhor qualidade de vida para este grupo populacional.

AGREDECIMENTOS

ProBIC/UNIVALI.

REFERÊNCIAS

1-Bassichetto, K.C.; Bergamaschi, D.P.; Bonelli, I.C.; Abbade, J.F. Anthropometric characteristics of HIV/AIDS: pregnant and birth weight of their newborns. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 35. Num. 6. 2013. p. 268-273.

2-Brandão, T.; Silva, K.S.; Sally, E.L.F.; Dias, M.A.; Silva, C.V.C.; Fonseca, V.M. Epidemiological and nutritional characteristics of pregnant HIV-infected women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 33. Num. 8. 2011. p. 188-195.

3-Carvalho, F.S.; Silva, R.A.R. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres soropositivas em um pré-natal de alto risco.

Cogitare Enfermagem. Vol. 19. Num. 2. 2014. p. 292-298.

4-Galvão, A.L.; Silveira, A.G.Z.; Campos, M.I.V.A.M.; Ferraz, S.F. Estado nutricional e desfechos clínicos em pacientes hiv/aids internados em hospital de doenças infectocontagiosas. *Revista de Ciências da Escola de Saúde Pública Cândido Santiago*. Vol. 4. Num.1. 2018. p. 36-45.

5-Gonçalves T.R.; Piccinini, C.A. Contribuições de uma Intervenção Psicoeducativa para o Enfrentamento do HIV durante a Gestação. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Vol. 31. Num. 2. 2015. p.193-201.

6-Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy. Reexamining the guidelines. Washington (DC). National Academy Press. 2009.

7-Konopka, C.K.; Beckck, S.T.; Wiggers, D.; Silva, A.K.; Diehl, F.P.; Santos, F.G. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 32. Num. 4. 2010. p. 184-90.

8-Lenzi, L.; Souza, V. R.; Wiens, A.; Maciel, K. F.; Neto, J. R.; Pontarolo, R. Adesão à terapia antirretroviral durante a gestação e sua relação com a efetividade na prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Biomedica Brasiliensia*. Vol. 4. Num. 2. 2015. p. 12-20.

9-Lima, S.K.S.S.; Sousa, K.K.B.; Dantas, S.L.C.; Rodrigues, A.R.M.; Rodrigues, I.R. Caracterização das gestantes com HIV/Aids admitidas em hospital de referência. *Sanare*. Vol. 16. Num. 1. 2017. p. 45-51.

10-Machado Filho, A.C.; Sardinha, J.F.J.; Ponte, R.L.; Costa, E.P.; Silva, S.S.; Martinez-Espinosa, F.E. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 32. Num. 4. 2010. p.176-83.

11-Machado, M.B.; Borges, J.P.A.; Resende, T.C. Complicações apresentadas por recém-nascidos de mães tabagistas no período neonatal. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. Vol. 6. Num. 2. 2017. p. 179-187.

12-Melo, V.H.; Botelho, A.P.M.; Maia, M.M.M.; Correa Junior, M.D.; Pinto, J.A. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. 2014. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. 36. Num. 12. 2014. p. 555-561.

13-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília. Núm. 46. p.172. 2010a.

14-Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília. Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Guia de Tratamento, Série Manuais N° 46. 2010b.

15-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaid-2017>>. Acesso em: 18/12/2018.

16-Pereira, C.R.; Monteiro, S.S. A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: avanços, retrocessos e lacunas. Physis. Vol. 25. Num. 4. 2015. p.1185-1205.

17-Santos, R.C.S.; Souza, M.J.A. HIV na gestação. Estação Científica (Unifap). Vol. 2. Num. 2. 2012. p. 11-24.

18-Silva, C.M.S.; Alves, R.S.; Santos, T.S.; Bragagnollo, G.R.; Tavares, C.M.; Santos, A.A.P. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 71. Supl. 1. 2018. p. 613-621.

19-UNAIDS. Dados e estimativas da onusida HIV. 2016. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 18/12/2018.

20-World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of report anthropometry. report of a WHO Expert Committee. Geneva. 1995.

21-Ziebell, N.S.; Feil, A.C.; Renner, F.W. Perfil epidemiológico das gestantes soropositivas e de seus recém-nascidos em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul no período de 2012-2013. Rev. Amrigs. Vol. 61. Núm. 1. 2017. p. 84-87.

Recebido para publicação em 22/08/2018

Aceito em 13/02/2019