



JOURNAL OF HEALTH CONNECTIONS | VOL. 1 NUM. 1., 2017.

ADESÃO DA GENITORA VIVENDO COM HIV/AIDS NO ACOMPANHAMENTO DA SORORREVERSÃO DO FILHO

ACCESSION OF MOTHER LIVING WITH HIV/AIDS IN MONITORING OF THE SEROREVERSION OF THE SON

¹Ruth Cristini Torres, ²Luana Carvalho Ferreira, ³Tainá Costa Santos, ⁴Ana Priscila Santos, ⁵Valéria Patricia Gama Oliveira

¹Enfermeira. Mestre em saúde e ambiente. Professora Titular e Diretora Acadêmica da Faculdade Estácio de Sergipe. E-mail: ruthcristini@gmail.com. Telefone: (79) 3246-8108. Endereço: Rua Teixeira de Freitas, 10. Salgado Filho. Cep 49020-530. Aracaju, SE, Brasil.

²Enfermeira. Faculdade Estácio de Sergipe. Enfermeira do Centro Cirúrgico e Central de Materiais Esterilizados da Maternidade Santa Helena. Aracaju, SE, Brasil.

³Enfermeira. Faculdade Estácio de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

⁴Graduanda em Enfermagem. Bolsista PIBIC. Estagiária na Secretaria de Estado da Educação na Divisão de Tecnologia de Ensino. Faculdade Estácio de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

⁵Graduanda em Enfermagem. Bolsista PIBIC. Estagiária na Secretaria de Estado da Educação no Serviço de Educação em Direitos Humanos. Faculdade Estácio de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

Recebido em 26/04/2017. Aprovado em 07/09/2017

RESUMO

Em Aracaju no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, foram registradas 79 gestantes vivendo com HIV na maternidade de alto risco do município. A situação de vulnerabilidade dos filhos de mães vivendo como HIV leva a refletir de que forma essas mães procuram o acompanhamento adequado, diante do aumento de crianças infectadas pelo HIV por transmissão vertical no estado de Sergipe. Objetivou-se conhecer quais os motivos de não adesão no acompanhamento da sororreversão dos filhos de mãe com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), atendidas no Serviço de Atendimento Especializado de um centro de especialidades médicas de Aracaju no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2014. Percebe-se que muitas crianças expostas se tornam infectadas devido à falha no acompanhamento da sororreversão. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, realizado por meio de prontuários e entrevista semiestruturada. Realizou-se a distribuição das frequências absolutas e relativas, gráficos e tabelas, através do *Statistical Package For the Social Sciences for Windows* versão 21. A amostra foi de 61 (100%) prontuários, com média à adesão regular de 46 (75,4%) crianças, e adesão irregular de 15 (24,6%) crianças. Evidenciou-se um predomínio na adesão adequada. Dentre os problemas de não adesão a sororreversão do filho, destacaram-se as situações que geram limitações financeiras, bem como desconforto físico e psicológico. Espera-se, o planejamento de estratégias de educação em saúde para melhorar conhecimento das mães em questão sobre a importância do acompanhamento da sororreversão do filho.

Descritores: HIV. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Criança.

ABSTRACT

In Aracaju from January 2010 to December 2011, 79 pregnant women living with HIV were registered in the high-risk maternity unit of the municipality. The situation of vulnerability of the children of HIV-positive mothers leads to reflection on how these mothers seek adequate follow-up, given the increase in HIV-infected children by vertical transmission in the state of Sergipe. The objective of this study was to determine the reasons for non-adherence to the follow-up of mother-to-child seroreversion with Human Immunodeficiency Virus (HIV) / Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), attended at the Specialized Attendance Service of a medical specialty center of Aracaju from January 2014 to December 2014. It can be seen that many exposed children become infected due to failure to follow the seroreversion. It is a quanti-qualitative study, carried out by means of medical records and semi-structured interviews. The absolute and relative frequencies, graphs and tables were distributed through the Statistical Package for the Social Sciences for Windows version 21. The sample was 61 (100%) medical records, with a mean adherence rate of 46 (75.4%) children, and irregular adherence of 15 (24.6%) children. There was a predominance of adequate adhesion. Among the problems of non-adherence to son's seroreversion, the situations that generated financial limitations, as well as physical and psychological discomfort, were highlighted. It is hoped, the planning of health education strategies to improve knowledge of the mothers in question on the importance of monitoring the son's seroreversion.

Descriptors: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Child.

INTRODUÇÃO

Ao identificar os principais fatores que levam as genitoras a não adesão à terapia antirretroviral, é possível observar os motivos de não adesão ao acompanhamento da sororreversão dos filhos de mães com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Desta maneira, percebe-se que muitas crianças expostas se tornam infectadas devido à falha no seu acompanhamento.

Durante o período de 1989 a 1997, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 107 mil casos de AIDS entre pessoas de 20 a 69 anos de idade, em 1989 a 1992 ocorreu um avanço expressivo de casos. Em relação à participação feminina, houve um aumento de 30% dos casos durante esse período, tendo uma proporção de seis homens soropositivos para cada mulher – 6:1 no ano de 1989, já em 1997 apenas dois homens para cada mulher – 2:1 (FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002).

Em Sergipe foram notificados no Sinan em 2000 a 2013, 2.251 casos de HIV/AIDS, sendo 117 em 2013 e o número de óbitos por causa básica, AIDS foi de 76 (BRASIL, 2013). Em Aracaju, no período de janeiro a dezembro de 2011, foram registradas 79 gestantes vivendo com o HIV na maternidade de alto risco do município (RAMOS; MENEZES; SOUSA, 2013).

Com a feminização da AIDS, surgiu um novo desafio a ser enfrentado, o controle da Transmissão Vertical (TV) do HIV. Existe uma parcela significativa dos diagnósticos de casos de infecção pelo HIV durante o período gestacional, refletindo a necessidade de adaptação da política de saúde na atenção pré-natal, por meio da triagem sorológica anti-HIV (BRASIL, 2010).

Deste modo, objetivou-se conhecer os motivos de não adesão no acompanhamento na sororreversão dos filhos de mães com HIV/AIDS, atendidas em um centro de especialidades médicas de Aracaju. Além disso, espera-se que o presente estudo sirva como instrumento para futuras pesquisas, com intuito de nortear a busca pelo conhecimento em relação ao acompanhamento da criança exposta pelo HIV.

MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado por meio de dados secundários, provenientes dos prontuários das crianças da amostra e dos dados coletados através de um roteiro de entrevista semiestruturada com as genitoras usuárias do serviço que tiveram seus filhos admitidos na instituição referentes ao período de janeiro a dezembro de 2014.

O estudo foi realizado em um Serviço de Atendimento Especializado de um centro de especialidades médicas de Aracaju e a coleta de dados aplicou-se no período de agosto a outubro de 2015.

Foram incluídas para responder o roteiro, as usuárias que vivem com o HIV/AIDS, maiores de 18 anos admitidas no referido período, e os prontuários dos filhos das mesmas. As usuárias foram convocadas para a consulta e, neste momento, convidadas para a participação na pesquisa. Foram excluídas as usuárias que não marcaram a consulta com infectologista, ou aquelas que não compareceram no período estipulado para a coleta de dados. Os prontuários que não estavam disponíveis no arquivo, que continham dados incompletos ou ilegíveis também foram excluídos.

Para a coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada contendo duas partes. A parte I contém dados de identificação, sociais e demográficos das usuárias, como idade, local onde reside, situação conjugal; a parte II: reúne questões sobre a aceitação do próprio diagnóstico e dificuldades encontradas no acompanhamento da sororreversão do filho após o nascimento.

Para a coleta de dados secundários dos filhos de mães com exame diagnóstico positivo para HIV, criou-se um instrumento contemplando as seguintes variáveis: dados de identificação, como idade, data de entrada no serviço, número de atendimentos, exames anexados ao prontuário, dados clínicos (sinais e sintomas), visando a organização e categorização dos dados e posterior criação de variáveis e análise qualitativa.

Para a análise quantitativa, realizou-se a distribuição de frequências absolutas e relativas, e análise descritiva por meio do programa *Statistical Package For the Social Sciences for Windows* – SPSS versão 21. Para a análise qualitativa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009). Realizou-se uma avaliação e separação dos discursos em grupos por similaridade de significado, possibilitando

assim a análise qualitativa dos dados. As pesquisadas foram identificadas letra “M” (mãe), seguida de um número correspondente à ordem de participação no estudo (número de ordem da entrevista) para facilitar a descrição das falas.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Aracaju/ Universidade Federal de Sergipe, sendo aprovado sob o nº1106574.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 74 (100%) prontuários de filhos de mães vivendo com HIV/AIDS, admitidas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) durante o ano de 2014. Foram excluídos 13 (17,56%) prontuários que não foram localizados no arquivo, nos dias e horários da coleta de dados.

Identificou-se uma média de comparecimento das usuárias em 3 consultas com o infectologista (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra, segundo o número de comparecimento às consultas com o infectologista, discriminando a média de adesão regular. Aracaju/SE, 2015.

Número de consultas	FA*	FR**
0 consulta	1	1,6
1 consulta	4	6,6
2 consultas	10	16,4
Média 3 consultas	14	23,0
4 consultas	15	24,6
5 consultas	7	11,5
6 consultas	6	9,8
7 consultas	2	3,3
8 consultas	0	0
9 consultas	2	3,3
Total	61	100,0

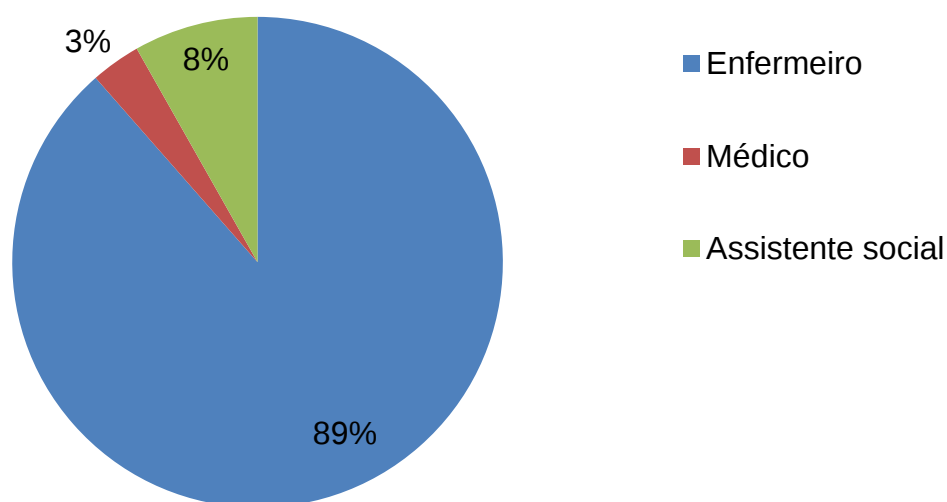
Qui-Quadrado $X^2=32,098$ df 8 p<0,0001

*FA= Frequência absoluta; **FR= Frequência relativa

Analisando-se os 61 (100%) prontuários arquivados, a média à adesão regular foi de 46 (75,4%) crianças, e adesão irregular de 15 (24,6%) crianças. No âmbito dos prontuários de crianças que possuem adesão irregular, 1 (1,6%) não compareceram às consultas com infectologista, 4 (6,6%) compareceram a apenas 4 consultas, 10 (16,4%) compareceram em duas consultas, demonstrando uma diferença significativa $p < 0,001$ na frequência de consultas.

Ao considerar o acolhimento dos profissionais no primeiro atendimento aos pesquisados, verificou-se um predomínio de 50 (89%) atendimentos realizados por enfermeiros (Figura 1).

Figura 1. Análise de profissionais que realizaram o primeiro atendimento. Aracaju/SE, 2015.



Qui-Quadrado $X^2 = 83,836$ df 2 $p < 0,0001$

Foram identificados os resultados de exames de carga viral anexados nos prontuários. Constatou-se que 26 (42,6%) dos prontuários possuíam resultados de 2 (dois) exames e 19 (31,1%) com apenas 1 resultado (Tabela 2).

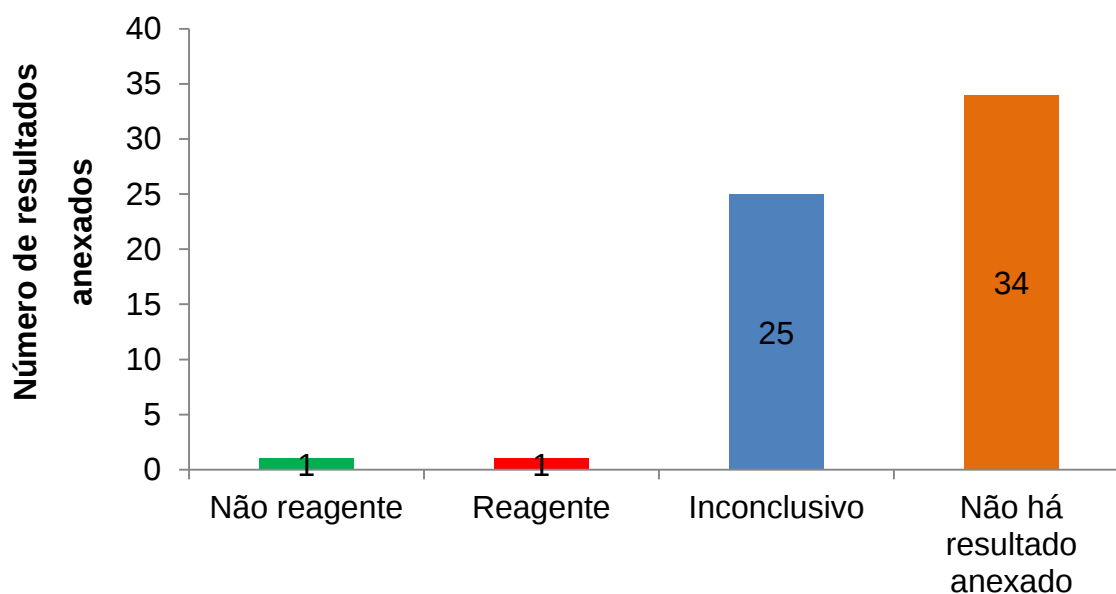
Tabela 2. Distribuição da amostra segundo o número de exames de carga viral anexados ao prontuário. Aracaju/SE, 2015.

Número de exames	FA*	FR**
0	8	13,1
1 exame	19	31,1
2 exames	26	42,6
3 exames	6	9,8
4 exames	1	1,6
5 exames	1	1,6
Total	61	100,0

*FA= Frequência absoluta; **FR= Frequência relativa

Ao apreciar o número de testes rápidos anexados aos prontuários, identificou-se que a maioria 34 (55,7%) dos prontuários não possuía resultados e que 25 (40,9%) tiveram resultados inconclusivos (Figura 2).

Figura 2. Distribuição do número de resultados da sorologia anexados aos prontuários. Aracaju/SE, 2015.

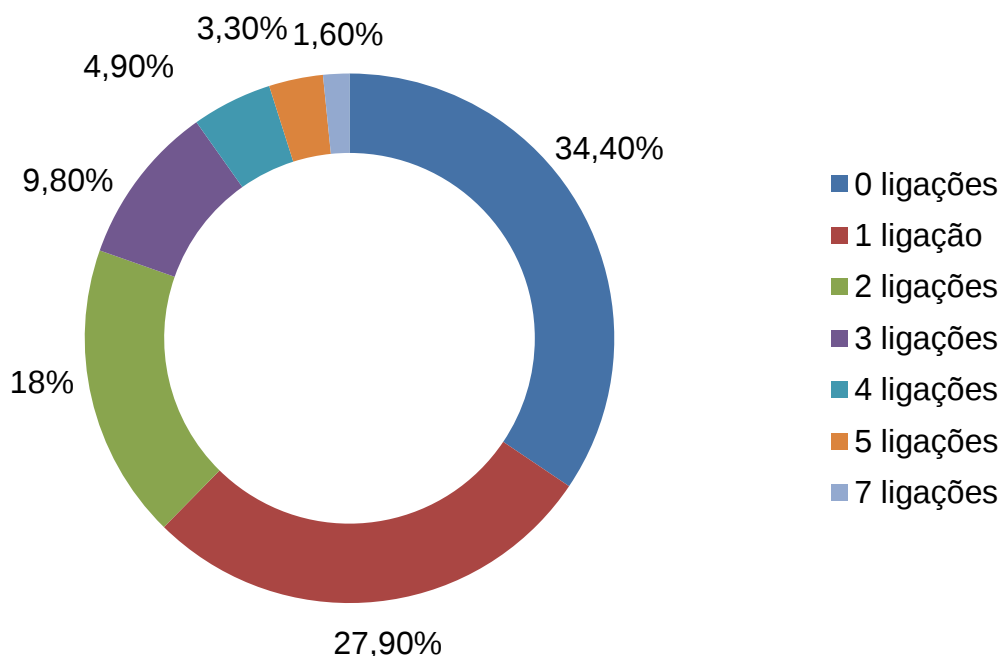


O Núcleo de Vigilância (NUVIS) é o setor responsável pela análise dos prontuários, com o objetivo de investigar a aderência ao serviço e detectar a adesão

irregular ou a não adesão das usuárias. Quando o NUVIS identifica alguma irregularidade, entra em contato telefônico com a usuária para registrar os motivos que levaram a não adesão do acompanhamento da sororreversão do filho e explicar a importância ao acompanhamento.

Durante a coleta de dados verificou-se que a análise de 21 (34,4%) prontuários não gerou a necessidade da realização de busca ativa pelo NUVIS. Em contrapartida, observou-se que em 17 (27,9%) casos foi necessário realizar, pelo menos, 01 contato telefônico para a retomada adequada da adesão (Figura 3).

Figura 3. Realização de busca ativa pelo NUVIS. Aracaju/SE, 2015.



Para a análise qualitativa a amostra foi de 68 (100%) mães, vivendo com HIV/AIDS, de crianças admitidas no serviço durante o ano de 2014. Foram excluídas 57 (83,82%) usuárias, pois não havia consulta marcada com o infectologista para que fosse possível realizar a coleta de dados, resultando 11 (16,18%) usuárias.

Dentre as 11 (100%) usuárias agendadas para a consulta com infectologista, apenas 8 (72,73%) compareceram às consultas. A maioria das entrevistadas atualmente estavam sem parceiro 6 (75%) e tinham outros filhos. Predominaram-se 7 (87,5%) mulheres que residem no interior de Sergipe, e apenas 1(12,5%) reside na capital.

Todas as pesquisadas estavam desempregadas, 7 (87,5%), recebiam menos que um salário mínimo, estas recebem algum tipo de ajuda financeira/material de familiares ou de programas sociais do governo, e somente 1 (12,5%) recebe entre 2-6 salários mínimos.

Alguns discursos no decorrer da entrevista devem ser considerados:

“Em relação ao almoço, venho do interior, pego o transporte bem cedo e fico aqui para a consulta que é de tarde, tenho que conseguir dinheiro para comprar o almoço. O dinheiro que recebo é pouco para fazer muitas coisas” (M3).

“Pra poder vir, eu tenho que marcar na prefeitura o dia pro carro me trazer, como é muita gente que o motorista tem que pegar, é preciso acordar muito cedo, cansando muito agente” (M5).

“Tem vezes que fico muito preocupada em deixar minha outra filha em casa enquanto venho pra consulta” (M3).

“Meu marido não sabe que eu tenho AIDS” (M6).

“Falaram que em vez de dar mama, eu ia dar pro meu filho o leite que pego de graça, até ele ficar com 6 meses de vida” (M4).

“Me falaram para não amamentar de jeito nenhum” (M7).

“Não me falaram de remédio nenhum que meu filho teria que tomar, nem quanto tempo tinha que tomar, me mandaram vir pro CEMAR, aqui foi que me disseram o que devia fazer” (M2).

“Disseram que pra meu filho não pegar essa doença eu tinha que dar o remédio certinho pra ele” (M8).

“Assim que eu fosse pra casa, tinha que levar meu filho pra ser atendido no CEMAR durante 2 anos” (M7).

“Não aceito que tenho AIDS, e tenho vergonha de estar aqui” (M1).

“Fico constrangida de vir no carro da prefeitura, porque vêm outras pessoas e elas ficam sabendo que venho pro CEMAR. Não gosto de fofocas!” (M2).

“Como a consulta é pela tarde e temos que vir pela manhã, eu e minha filha ficamos enfadadas pela viagem e pelo tempo que ficamos esperando até o horário da consulta” (M7).

DISCUSSÃO

De acordo com Faria et al. (2014), torna-se necessário o acompanhamento da carga viral durante a gestação como medida preventiva da transmissão vertical. Deste modo, no cenário da pesquisa, o número de presença nas consultas com o infectologista para garantir uma adesão adequada ao tratamento é de três por criança, pois na 1ª consulta analisa-se o 1º exame de carga viral e CD4, quando estiver anexado, e solicitado a 2ª carga viral e CD4 (a critério médico). Na 2ª consulta o infectologista analisará o 2º exame de carga viral e CD4, quando estiver anexado, e solicitará 3º exame de carga viral e CD4 (a critério médico). Na 3ª consulta o médico analisará o 3º exame de carga viral e CD4, quando estiver anexado, e solicitará o teste rápido, o resultado sendo não reagente a criança recebe alta.

Apesar do preconizado, o presente estudo constatou situação de adesão irregular, bem como falta de registro de exames nos prontuários da amostra. Partindo do pressuposto que o HIV/AIDS não tem cura, mas possui tratamento, vale ressaltar a importância do indivíduo em reconhecer e compreender a sua enfermidade e o propósito da intervenção terapêutica, favorecendo a integração à adesão (BRASIL, 2007a).

Embasando-se na terapia antirretroviral (TARV) como método eficaz e considerando que os infectados estão expostos a multifatores que contribuem para a continuidade ou interrupção, a adesão constitui um desafio que desencadeia variações, demanda tempo e cuidado constante. Nesse sentido, a utilização de ferramentas específicas e estratégias pedagógicas, como vídeos e imagens, auxiliam no processo de informação e explicação acerca da patologia em questão (BRASIL, 2007a). Sugere-se a necessidade de um trabalho de educação continuada com a equipe do serviço de saúde, principalmente de enfermeiros, objetivando a melhor orientação das usuárias diante da importância do acompanhamento da sororreversão.

Ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro no acolhimento e aconselhamento sobre a importância do acompanhamento da sororreversão dos filhos de mães com HIV/AIDS, uma vez que permite uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção (BRASIL, 2008).

Araújo, Signe e Zampier (2012) destacaram que é importante, para a redução da transmissão vertical do HIV, a atuação do enfermeiro como orientador de mães soropositivas, por meio de estratégias de educação em saúde, visto que, na maioria das vezes, o profissional referido que realiza o primeiro atendimento a esta população. Vale destacar que as intervenções educativas são relevantes para a proteção da criança recém-nascida exposta ao risco para aquisição da infecção pelo HIV.

Para verificação da provável infecção, o infectologista solicita o primeiro exame de carga viral entre o 1º ao 6ª mês, sendo indetectável, é realizada a confirmação da sorologia após os 12 meses de idade. Quando ocorre a detecção na primeira amostra, a segunda deve ser solicitada imediatamente após receber o primeiro resultado. Se a segunda for detectável, solicita a terceira amostra. Sendo detectável a criança será considerada infectada, e terá o acompanhamento contínuo (BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde regulamentou a solicitação do teste rápido anti-HIV durante a gestação, na assistência pré-natal. A realização deste exame é ofertada na rede pública de saúde, especificamente a nível primário de atendimento nas unidades básicas de saúde da família. Visando a identificação de pessoa soropositiva e o tratamento apropriado previamente (BERNARDES; SOUSA; FILHO, 2012). Ainda assim, observou-se um grande número de pacientes que não adotaram à prática do exame, o que representa um aspecto negativo. Desse modo, o aconselhamento de qualidade pode ser considerado parâmetro para conceder uma boa abrangência de testagem anti-HIV.

Percebeu-se que a intervenção no NUVIS para a busca ativa dos usuários, torna-se um importante fator diante da adesão, visto que o absenteísmo nas consultas poderá resultar em maiores consequências, até mesmo a perda da guarda da criança envolvida.

O baixo nível econômico identificado interfere diretamente na assistência prestada a estas crianças, pois os gastos para os cuidados adequados das mesmas é alto. Precisa-se investir pelo menos nos cuidados básicos, transporte, vestimenta, e alimentação de qualidade (o aumento da imunidade ajuda a reduzir risco de infecção) (FEITOSA et al., 2008).

Para avaliar o acompanhamento na sororreversão é necessário enfatizar os desafios enfrentados pela genitora. Dentre eles foram pressupostos: a sobrecarga de serviços (sejam eles domésticos ou profissionais), a falta de compreensão do companheiro, questões econômicas, não adequação com a equipe do serviço, falta de esclarecimento sobre a patologia, bem como a importância do acompanhamento até o encerramento do caso. Outra questão relevante que tem grande influência no desfecho do caso é a não aceitação do próprio diagnóstico.

Segundo Barroso et al. (2009) os principais motivos das mães não obterem êxito ao assumir o cuidado com o filho exposto ao HIV, quando se trata ao comparecimento às consultas com infectologista, concorda com o atual estudo. No que diz respeito à alimentação, condição econômica, acompanhamento em serviço especializado, nível de escolaridade. O que de acordo com Langendorf et al. (2012) a maior aderência ao tratamento corresponde àqueles que possuem o nível de escolaridade mais elevado.

A não aceitação do diagnóstico também prevalece entre os fatores de vulnerabilidade, envolvendo os valores culturais e a compreensão que a mãe e as pessoas à sua volta fazem diante da patologia (LANGENDORF et al., 2012).

A situação de fragilidade que as crianças estão expostas, filhos de mães vivento com HIV/AIDS, leva a refletir de que forma essas mães estão buscando o acompanhamento adequado. O boletim epidemiológico HIV-AIDS do Ministério da Saúde, em Sergipe, verificou-se uma ocorrência de 58 (1,7%), em 2010 e 53 (1,5%) em 2011 de gestantes infectadas pelo HIV (BRASIL, 2016).

CONCLUSÃO

A identificação dos principais problemas vivenciados pelas genitoras no acompanhamento da sororreversão do filho foi relevante, visto que se evidenciaram os motivos que permeiam a adesão inadequada.

Constatou-se como empecilho nesse estudo a falta do agendamento de consulta das mães da amostra, o que reduziu consideravelmente o número de prováveis participantes da pesquisa. Neste contexto, destacou-se a ausência das mães nas consultas que estavam marcadas com o infectologista.

Dentre os problemas de não adesão a sororreversão do filho que foram relatados pela maioria das genitoras, sobressaíram-se as situações que geram

limitações financeiras, bem como desconforto físico e psicológico. Em contrapartida verificou-se um predomínio de genitoras que aderiram adequadamente ao acompanhamento na sororreversão.

Considerando-se que o reconhecimento desses problemas representa um primeiro passo para conduzir o planejamento de estratégias, para melhorar o acesso a informações das mães soropositivas na luta contra a transmissão vertical do HIV/AIDS, espera-se, como desfecho secundário do presente estudo, o planejamento de estratégias de educação em saúde para melhorar conhecimento das mães em questão, sobre a importância do acompanhamento da sororreversão do filho.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. F; SIGNES, A. F.; ZAMPIER, V. S. B. O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 49-56, jan-mar. 2012.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 2009.

BARROSO, L. M. M. et al. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1-11, out-dez. 2009.

BERNARDES, M. J. C; SOUSA, M. V; FILHO, F. M. A. Estratégias para redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua relação com a Enfermagem. **Enfermaria Global: Revista eletrônica trimestral de enfermaria**, n 28, p. 377-385, oct. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Brasília, 26ª ed. n. 01, p. 68.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Brasília, v.5, n. 01, p. 64. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Programa nacional de DST e AIDS, 3ªed. Brasília,p. 17- 59. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, Brasília, p. 172.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

FARIA, E. R. et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n.2, p. 197-203,abr-jun. 2014.

FEITOSA, A. C. et al. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 515-521, set. 2008.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 678-685, jul. 2002.

LANGENDORF, T. F. et al. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão

Adesão da genitora vivendo com HIV/AIDS no acompanhamento na sororreversão do filho |
TORRES, R. R.; FERREIRA, L. C.; SANTOS, T. C.; SANTOS, A. P.; OLIVEIRA, V. P. G.

vertical do HIV. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-766, out-dez. 2012.

RAMOS, J. I. M.; MENEZES, L. S.; SOUSA D. S. Perfil das gestantes hiv/aids admitidas em uma maternidade de alto risco no município de Aracaju/SE. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v. 1, n.17, p. 27- 38, out. 2013.