

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Ana Luísa Fernandes Dubiela

**REVISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREAMENTO AO HIV/AIDS EM
GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
NO BRASIL**

**Porto Alegre
2022**

Ana Luísa Fernandes Dubiela

**REVISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREAMENTO AO HIV/AIDS EM
GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador (a): Prof. Me. Bruna Hentges

Porto Alegre
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof^a. Lucia Maria Kliemann

Vice-diretor: Prof^a. Andreia Biolo

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

CIP - Catalogação na Publicação

Dubiela, Ana Luisa Fernandes
REVISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREAMENTO AO
HIV/AIDS EM GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL / Ana Luisa Fernandes
Dubiela. -- 2022.
46 f.
Orientadora: Bruna Hentges.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Gestão em saúde. 2. HIV/Aids. 3. Gestantes. 4.
Sistema Único de Saúde. 5. Pré-natal. I. Hentges,
Bruna, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Ana Luísa Fernandes Dubiela

**IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREAMENTO AO HIV/AIDS EM GESTANTES NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 10 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Prof. Me. Bruna Hentges

RESUMO

Introdução: No Brasil, 81,1% das mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS em 2021 encontravam-se na faixa de 15 a 49 anos, e, portanto, em idade reprodutiva. Desta forma, uma das estratégias para diminuir a incidência de HIV/AIDS na população, e rastrear a doença em mulheres, tem sido o controle da transmissão vertical do HIV (TVHIV) no momento do pré-natal da gestante. **Objetivos:** Verificar o processo de implementação do rastreamento de HIV/AIDS durante o pré-natal em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura. A questão norteadora do estudo foi: “Como se dá o rastreamento ao HIV/AIDS em mulheres gestantes usuárias do SUS na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil?”. A revisão da literatura focou em dois tipos de documentos: estudos primários e documentos publicados por órgãos oficiais do governo brasileiro, de 2000 a 2022. Três bases de dados foram buscadas: MEDLINE (utilizando a interface Biblioteca Virtual de Saúde – BVS), LILACS e PubMed. **Resultados:** Um total de 33 artigos e documentos integraram a revisão. A implementação do rastreamento do HIV/AIDS em gestantes em atendimento no pré-natal na Atenção Básica se deu de forma gradual a partir de 2000, ocorrendo primeiro em gestantes consideradas “em risco” para a doença. A regulação dos testes rápidos de HIV e a implementação da Rede Cegonha permitiu que o diagnóstico fosse ampliado para a Atenção Primária. Os artigos avaliados demonstram que a prevalência do pedido do teste durante o pré-natal aumentou nos últimos anos. No entanto, foram encontradas dificuldades em relação a implementação desta política pública, indicando que: profissionais não são suficientemente capacitados para realizar o teste rápido; muitos serviços não realizam o aconselhamento pré e/ou pós teste; e ainda há a realização do teste sem o consentimento da gestante.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; HIV/Aids; Gestantes; Sistema Único de Saúde; Pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, 81.1% of women diagnosed with HIV/AIDS in 2021 were aged between 15 and 49 years, and therefore of reproductive age. Thus, one of the strategies to reduce the incidence of HIV/AIDS in the population, and to track the disease in women, has been the control of vertical transmission of HIV (TVHIV) during the pregnant woman's prenatal care. **Objectives:** To verify the implementation process of HIV/AIDS screening during prenatal care in pregnant women using Primary Health Care in Brazil. **Methodology:** This is a bibliographic review of the literature. The guiding question of the study was: "How is HIV/AIDS screening carried out in pregnant women using the SUS in the Primary Care of the Unified Health System (SUS) in Brazil?". The literature review focused on two types of documents: primary studies and documents published by official bodies of the Brazilian government, from 2000 to 2022. Three databases were searched: MEDLINE (using the Virtual Health Library – VHL interface), LILACS and PubMed. **Results:** A total of 33 articles and documents were included in the review. The implementation of HIV/AIDS screening in pregnant women receiving prenatal care in Primary Care took place gradually from 2000, occurring first in pregnant women considered "at risk" for the disease. The regulation of rapid HIV tests and the implementation of Rede Cegonha allowed the diagnosis to be expanded to Primary Care. The evaluated articles demonstrate that the prevalence of test requests during prenatal care has increased in recent years. However, difficulties were found in relation to the implementation of this public policy, indicating that: professionals are not sufficiently trained to perform the rapid test; many services do not provide pre- and/or post-test counseling; and there is still the performance of the test without the consent of the pregnant woman.

Keywords: Health management; HIV; Pregnant women; Health Unic System

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos e documentos inclusos na revisão da literatura.....	34
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégia de busca utilizada para diferentes bases de dados.....	32
Quadro 2. Documentos oficiais publicados a partir de 2000 sobre o rastreamento do HIV/AIDS em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde do Brasil.....	35
Quadro 3. Estudos publicados entre 2000 e 2022 sobre o rastreamento do HIV/AIDS em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde do Brasil.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV	Human immunodeficiency vírus (Vírus da Imunodeficiência humana)
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência adquirida)
PVHA	Pessoas Vivendo Com HIV/AIDS
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
TVHIV	Transmissão vertical do HIV
TARV	Terapia antirretroviral
CV	Carga viral
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
ESF	Estratégias Saúde da Família
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
PN-DST	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis
FDA	Food and Drug Administration
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
UDI	Usuários de drogas injetáveis
PEP	Profilaxia pós-exposição

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	15
1 INTRODUÇÃO	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL.....	22
2.2 HISTÓRICO DO HIV/AIDS.....	23
2.3 HIV/AIDS EM MULHERES E A TRANSMISSÃO VERTICAL	26
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4 METODOLOGIA	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÃO.....	48
7 REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O início da epidemia de HIV/AIDS foi marcado pela estigmatização de jovens homossexuais do sexo masculino e usuários de drogas, grupo estes mais afetados durante a primeira década da doença (AGARWAL-JANS, 2020). A partir de meados de 1990, no entanto, a epidemia foi caracterizada pela via de transmissão sexual, majoritariamente heterossexual, afetando mulheres de todas as idades.

Atualmente, existem quase 38 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) no mundo. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), em 2021, mulheres e meninas representaram mais da metade das PVHA no mundo, com 20,2 milhões de casos. O aumento dos casos da doença em mulheres (a chamada “feminização” da epidemia) preocupa autoridades públicas, especialmente porque está atrelado ao aumento do número de crianças infectadas por HIV/AIDS, através da transmissão vertical do HIV (TVHIV).

No Brasil, houve um aumento dos casos de HIV em gestantes. 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 (BRASIL, 2021).

O rastreamento do HIV/AIDS durante a gestação é uma importante ferramenta para iniciar o tratamento da mulher e evitar a transmissão vertical do vírus. Segundo o Ministério da Saúde (2022), o uso de Terapia antirretroviral (TARV) diminui a carga viral (CV) de HIV da gestante, considerado um dos fatores mais importantes para se evitar a TVHIV. Estudos indicam que a taxa de TVHIV é inferior à 1% em gestantes em uso de TARV que mantém sua CV indetectável.

No Brasil, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT-TV 2022) rege as normas utilizadas pelos serviços de saúde para o diagnóstico do HIV. O documento preconiza que três testes anti-HIV devem ser realizados durante o pré-natal: na primeira consulta (idealmente dentro do primeiro trimestre de gestação); no início do terceiro trimestre; e no momento do parto, independentemente de exames anteriores (BRASIL, 2022).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária em Saúde (APS) é a principal responsável pelo pré-natal em gestantes de baixo risco, que é realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégias Saúde da Família

(ESF). Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde é um espaço privilegiado para intervenções com alto impacto nos indicadores de saúde, por ser a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, e por prestar uma assistência continuada centrada na pessoa, e não na enfermidade.

A partir do exposto, o objetivo do trabalho é verificar a atual situação do rastreamento do HIV/AIDS em gestantes e compreender possíveis dificuldades da implementação do teste rápido em serviços da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. O levantamento dos dados se deu através de revisão bibliográfica da literatura e a questão norteadora foi: “Como se dá o rastreamento ao HIV/AIDS em mulheres gestantes usuárias do SUS na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil?”.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

No Brasil, as primeiras políticas nacionais de atenção à saúde da mulher datam do início do século XX. As ações de saúde materno-infantil da época reproduziram a visão social sobre o papel de mãe da mulher na sociedade, como a responsável pela criação e educação dos filhos, e cuidado dos demais familiares (BRASIL, 2011). Análises dos programas criados nas décadas de 30, 50 e 70 demonstram que estes preconizavam as ações em grupos de risco específicos, eram verticalizados e não havia integração com outros programas do governo federal.

A partir de uma série de críticas e reivindicações do movimento feminista, em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”. A partir do contexto de criação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária, o PAISM incorporou como princípios as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Três linhas principais de ações foram definidas pelo Ministério da Saúde: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (SERRYUA *et al*, 2004). Considerado um marco, o documento representou o rompimento da visão tradicional biomédica, que centralizava o atendimento das mulheres nas questões relativas à reprodução (OSIS, 1997). Esta foi a primeira vez que o Estado incorporou um programa que incluiu o planejamento familiar nas suas ações.

O processo de municipalização da saúde e reorganização da Atenção Básica, no final da década de 1980, gerou dificuldades na implementação do PAISM. Com isso, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), e ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Em relação ao pré-natal, o NOAS estabeleceu que os municípios deveriam garantir ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino.

Correa e Piola (2002) realizaram um balanço institucional das ações realizadas entre 1998-2002 a partir do PAISM. O balanço concluiu que, mesmo após quase duas décadas de criação da política, havia lacunas entre a formulação e a

implementação do PAISM, como na atenção ao climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade, e a inclusão da perspectiva de gênero e de raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2011). Dessa forma, verificou-se a necessidade de se desenvolver uma nova política de saúde da mulher.

Em 2004 a Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual incorporou em seu texto o conceito de gênero, chamou atenção para as desigualdades em saúde e identificou as demandas de grupos específicos de mulheres, como negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e de florestas (COSTA, 2012). A ATSM publicou dois cadernos, com a finalidade de implementar uma política nacional que integrasse todos os entes federativos e a sociedade na participação do atendimento à violência doméstica e sexual, ao aborto inseguro (sequelas de abortos clandestinos) e os serviços de aborto legal (TALIB, 2005). O primeiro deles foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, o qual descreve o panorama sobre a situação da saúde da mulher no Brasil. O segundo caderno é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007, que apresenta ações e metas para os 14 objetivos específicos da política, entre eles: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para mulheres vivendo com HIV e outras DSTs (objetivo específico 1); promover conjuntamente com o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (PN-DST/AIDS) a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina (objetivo específico 5).

2.2 HISTÓRICO DO HIV/AIDS

Em 1982, foram relatados os primeiros casos de AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) no mundo. A síndrome inicialmente acometeu jovens homossexuais e usuários de drogas, que apresentavam sintomas de pneumonia, com uma rápida acentuação de gravidade, devido a diversas infecções oportunistas (GREENE, 2007). A população atingida inicialmente pela AIDS gerou a estigmatização de jovens gays, sendo chamada de “peste gay” por autoridades de saúde. A partir de 1982, casos de AIDS são verificados em hemofílicos e receptores de transfusão, o que faz com que a doença seja relacionada ao sangue, e não mais a práticas

homossexuais. No ano seguinte, o Instituto *Pauster* isola um retrovírus que futuramente seria identificado como o vírus do HIV, causador da AIDS (GALVÃO, 2002).

O HIV é um vírus que invade as células CD4 ou T auxiliares, principais células de defesa de organismo humano, caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico. Após a invasão e reprodução do vírus no interior das células CD4 ou T auxiliares, essas são destruídas, impedindo assim sua reprodução e, conseqüentemente, torna deficiente o sistema imunológico do indivíduo portador do vírus. Tal processo diminui a capacidade e/ou a competência do organismo quanto ao combate de determinadas doenças, denominadas de “doenças oportunistas” (CHUN, 2011).

A política de testagem e aconselhamento em HIV/AIDS teve início no mundo em 1985, quando a Food and Drug Administration (FDA) licenciou e disponibilizou o primeiro teste para detecção de anticorpos contra o HIV, o Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA). No Brasil, o uso dos testes de detecção de HIV teve início no mesmo período, tendo sido primeiramente disponibilizados nos serviços de saúde dirigidos ao tratamento de pessoas vivendo com HIV e na rede privada de saúde (BRASIL, 2008).

O expressivo aumento do número de novos casos de AIDS e a existência de um forte preconceito associado à doença fez com que as estratégias de testagem e aconselhamento, por parte do Ministério da Saúde, passassem a ocupar lugar de destaque nas ações de prevenção ao final dos anos 1980. Ao longo dos anos estes serviços se organizaram em todas as regiões do país, em unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde, e compostas por equipes próprias e multiprofissionais. As populações prioritárias eram aquelas identificadas com o maior risco de infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2008).

No Brasil, entre 1985 e 1989, foram criadas as primeiras organizações não governamentais (ONGs) dedicadas exclusivamente à prevenção do HIV/AIDS. A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada em 1986, influenciou as ações de prevenção por suas articulações com políticas internacionais, como o acesso a financiamentos de agências internacionais de cooperação; por sua perspectiva política no trabalho de pressão, cobrança e monitoramento das ações governamentais de prevenção e de tratamento; pela decisão de atuar no campo da

mídia e pela preocupação com a produção de conhecimentos sobre a epidemia e com o desenvolvimento de projetos piloto de prevenção em segmentos específicos (RAMOS, 2004).

No contexto brasileiro, as ONGs desempenharam papel importante para o desenvolvimento de políticas de prevenção e assistência, especialmente entre a população de jovens homossexuais. Alguns dos elementos marcantes do desenvolvimento das ONGs tornam-se mais acentuados com o surgimento, em 1989, da primeira organização de pessoas com HIV/AIDS, o Grupo “Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS” (Pela Vida). A presença acentuada da sociedade civil no contexto das respostas à epidemia contribuiu decisivamente para a construção do que alguns analistas chamam de “*especificidade da história da AIDS brasileira*” (PARKER, 2018).

As políticas públicas de prevenção e controle da epidemia da AIDS no país iniciaram com Projeto de Controle de AIDS e DST (ou AIDS I), financiada pelo Banco Mundial. Entre as condições para que tal recurso fosse entregue, deveria haver o envolvimento das ONGs, para garantir que os mais pobres e a população mais atingida pela doença (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo) tivessem acesso a informações de prevenção. Neste período as ONG/AIDS passaram a contar com recursos do programa nacional para desenvolver programas de prevenção e apoio, sendo esta uma fonte essencial de sobrevivência de várias entidades.

As ONGs tiveram um importante papel também no tratamento dos portadores sintomáticos do HIV/AIDS no Brasil. Contrariando recomendações internacionais do Banco Mundial, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde, de que os países em desenvolvimento deveriam investir seus recursos na prevenção dos novos casos, em 1996 o Brasil passou a dar acesso, de forma gratuita e universal, aos medicamentos antirretrovirais (GALVÃO, 2000). Em 2002, mais de 100 mil pessoas recebiam medicamentos para a AIDS no país, o que representava aproximadamente 10% das pessoas que globalmente recebem medicamentos (GALVÃO, 2002).

As ações de prevenção ao HIV/AIDS e de tratamento para PVHA fizeram com que a incidência da doença diminuísse consideravelmente entre homens homossexuais a partir década de 1990. Dados do Boletim Epidemiológico de 2002 (BRASIL, 2002) demonstram que dentro da categoria de exposição “sexual”, a

exposição “homossexual” representava a maioria dos casos de infecção por HIV/AIDS em 1991, com uma porcentagem de 23,7% de todas as novas infecções (versus 21,4% da categoria heterossexual). Em 2002, esta categoria representou apenas 10,8% dos casos, enquanto relações heterossexuais foram responsáveis por 59,4%. Estas mudanças nas categorias de exposição não alteraram, no entanto, a incidência da doença no Brasil para população geral, que era de 8,0 casos para cada 1 milhão de habitantes em 1991, e passou para 8,1 casos/1mi em 2001 (BRASIL, 2002).

A infecção por HIV/AIDS no Brasil faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, sendo que a AIDS é de notificação compulsória desde 1986; a infecção pelo HIV em gestantes, desde 2000; e a infecção pelo HIV, desde 2014. Foram reportados 381.793 novos casos de HIV entre 2007 até junho de 2021, sendo, em 2020, diagnosticados 32.701 novos casos (BRASIL, 2021).

A cascata do cuidado contínuo do HIV/AIDS é uma das estratégias de monitoramento clínico que retrata a trajetória das pessoas vivendo com HIV/AIDS nos serviços de saúde, desde o diagnóstico até a supressão viral. Inclui cinco etapas: diagnóstico, vinculação ao serviço de saúde, retenção no cuidado, adesão à terapia antirretroviral (TARV) e supressão viral. A “Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030” proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS) incluiu o desafio mundial de erradicação da epidemia de HIV/AIDS até 2030. A meta 90-90-90 estabelecia que até 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV tivessem conhecimento do seu estado sorológico, 90% das pessoas diagnosticadas recebessem TARV e 90% das pessoas em tratamento tivessem CV indetectável. A cascata do cuidado do HIV/AIDS mostrou que, até o final de 2018, 85% das PVHIV/AIDS foram diagnosticadas no Brasil, 66% estavam em tratamento e 62% apresentavam supressão viral (ROSSI *et al.*, 2020).

2.3 HIV/AIDS EM MULHERES E A TRANSMISSÃO VERTICAL

O processo de feminização da epidemia do HIV/AIDS vem ocorrendo desde a década de 1990, em diversos lugares do mundo. No Brasil, a tendência de heterossexualização da epidemia, iniciada em 1993, fez com que a razão de incidência entre os sexos diminuísse entre homens e mulheres (DUARTE; RHODEN,

2019). Por exemplo, em 1990, a razão M/F era de 5,8; caiu para 3,0 em 1995, e 1,7 em 2002 (BRASIL, 2002).

A literatura cita como razão para o fenômeno o impacto marcante da epidemia sobre os homossexuais, o que fez despertar preconceitos que diminuíram a percepção de risco de pessoas heterossexuais. A desigualdade de gênero existente entre homens e mulheres torna mulheres mais vulneráveis ao HIV/AIDS por questões como a naturalização do desejo sexual masculino, tido como “inesgotável”, que faz com que homens se coloquem em risco, e suas parceiras; o excesso de confiança no parceiro por parte das mulheres, aliado ao estigma de que mulheres que usam preservativo são mais “promíscuas”, além de questões como dificuldade de negociar o preservativo com o parceiro e violência sexual (GIOCOMOZZI *et al*, 2021).

Estas questões fazem com que a via de exposição heterossexual seja a prevalente entre mulheres. Os casos de infecção pelo HIV registrados no SINAN de 2007 a junho de 2021 demonstraram que, nos homens, 52,1% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, 31,0% heterossexual, e 1,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Entre as mulheres, nota-se que 86,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,3% na de UDI (BRASIL, 2021).

No Brasil, 81,1% das mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS em 2021 encontravam-se na faixa de 15 a 49 anos, e, portanto, em idade reprodutiva (BRASIL, 2021). Desta forma, uma das estratégias para diminuir a incidência de HIV/AIDS na população, e rastrear a doença em mulheres, tem sido o controle da TVHIV no momento do pré-natal da gestante. A transmissão vertical é a passagem do vírus do HIV da gestante para o bebê, durante a gestação, trabalho de parto ou amamentação. Uma importante estratégia para evitar a TVHIV é o uso de tratamentos antirretrovirais (TARV) durante a gestação e no momento do parto.

O diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS, quando feito no início da gestação, possibilita melhores resultados relacionados ao controle da infecção materna e, conseqüentemente, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Estima-se que, sem nenhum tipo de intervenção terapêutica, a taxa de transmissão vertical chegue a 31%, podendo ser reduzida a menos de 2% com o uso de medicamentos (WHO, 2016).

Diferentes estudos têm tentado estimar a taxa de prevalência de infecção por HIV em gestantes no Brasil, que varia de 3 para cada 1.000 mulheres (nº14), 4,44 para cada 1.000 mulheres (nº13); chegando a 18,7 gestantes diagnosticadas a cada mil mulheres em um estudo realizado no Norte do país (nº 16).

Entre os anos 2000 até 2021, foram identificadas 141.025 gestantes com o diagnóstico de HIV. 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 a melhoria da vigilância na prevenção da TVHIV (BRASIL, 2021).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT-TV 2022) é o documento que rege as normas utilizadas pelos serviços de saúde para o diagnóstico, tratamento e prevenção da TVHIV. O documento preconiza que o teste rápido deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores (BRASIL, 2022). Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o nível da CV-HIV é um dos fatores mais importantes associados ao risco de TVHIV e auxilia no seguimento e na definição da via de parto. A taxa de TV do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de TARV que mantêm CV-HIV indetectável (BRASIL, 2022).

As principais causas associadas a transmissão vertical referem-se principalmente à CV da mãe, a não utilização de ARV, via do parto e uso de drogas, entre outras variáveis. Segundo o Ministério da Saúde, o uso de TARV durante a gravidez reduz a taxa de TVHIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, quando se alcança a supressão da CV-HIV materna (CV-HIV plasmática <50 cópias/mL) próxima ao parto (BRASIL, 2022).

No Brasil, uma série de casos de recém-nascidos com HIV/AIDS ocorrido em 1990 fez com que setores públicos e privados se atentassem ao tema da transmissão vertical (Gomes *et al*, 2016). Em 1994, o Protocolo 076 do Grupo de Ensaios Clínicos em AIDS Pediátrica (PACGT 076) demonstrou a eficácia do uso de zidovudina para a redução da transmissão vertical em bebês (Friedrich *et al*, 2016). A partir destes resultados, o aconselhamento, a testagem e o uso da profilaxia começa a ser implementado no Brasil para recém-nascidos.

Mesmo com estes avanços, a taxa de transmissão vertical ainda era elevada, chegando a 26% (Friedrich *et al*, 2016). Surge, assim, a necessidade de se pensar novos tratamentos para gestantes e recém-nascidos. Um estudo realizado no Brasil, Argentina, Estados Unidos e África do Sul buscou avaliar a transmissão vertical intraparto de mães sem tratamento para o HIV/AIDS, comparando 3 grupos de profilaxia pós-exposição (PEP). Os grupos que utilizaram dois ou mais medicamentos apresentaram taxas consideravelmente menores de transmissão, quando comparados com o uso da zidovudina sozinha (Friedrich *et al*, 2016).

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou o livro “Aprendendo Sobre AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis: livro da família”, voltado para Agentes Comunitários de Saúde e profissionais da Atenção Básica. Os testes anti-HIV, realizados em alguns hospitais e em Centros de Aconselhamento e Testagem (CTA), eram obrigatórios apenas para doadores de sangue e de órgãos. Para gestantes, o documento diz que o teste é recomendado, mas enfatiza que “se na cidade em que você mora não tem um local para fazer o teste, a enfermeira poderá indicar o local mais próximo” (BRASIL, 1999).

O início incipiente da testagem durante a gestação, a introdução da terapia antirretroviral combinada, a cesariana eletiva e a prática de não aleitamento, implementadas no final da década de 1990, fez com que houvesse uma importante redução nas taxas de transmissão vertical no país (Friedrich *et al*, 2016).

Atualmente, os testes para detectar o HIV estão disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), o resultado sai em 30 minutos. Há diversos projetos ao redor do Brasil que incentivam a testagem e diagnóstico precoce do HIV/AIDS. Em Vitória, ES, por exemplo, existe o projeto “Viva Melhor Sabendo Jovem” onde são realizadas atividades em uma unidade móvel, dentre elas, a testagem de pessoas interessadas. No Rio Grande do Sul o nome do projeto é “Fique Sabendo” e também fornece orientações de prevenção e testagem para ISTs (BRASIL, 2008).

Como uma das estratégias para qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV/AIDS, particularmente para gestantes no pré-natal e maternidades, o PN-DST/AIDS fortaleceu a estruturação da rede de atenção as ISTs e ao HIV/AIDS, incluindo a implementação do teste rápido para o diagnóstico. A utilização desses testes permite que, no momento da consulta seja realizado o teste, o

aconselhamento e o diagnóstico de HIV em menos de 30 minutos, desde que realizado por profissionais de saúde devidamente capacitados. No caso da gestante, permite que imediatamente sejam realizadas condutas que previnam a transmissão vertical de ambas as condições (BRASIL, 1999).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a implementação do rastreamento de HIV/AIDS durante o pré-natal em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Revisar protocolos do Ministério da Saúde em relação a testagem de gestantes usuárias da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde;
- b) Revisar e analisar estudos que buscaram compreender o acesso à testagem de HIV/AIDS em gestantes no Brasil;
- c) Avaliar as dificuldades de implementação do rastreamento do HIV/AIDS em gestantes na Atenção Primária em Saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura. a questão norteadora no presente estudo foi: “Como se dá o rastreamento ao HIV/AIDS em mulheres gestantes na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil?”. A revisão da literatura focou em dois tipos de documentos: estudos primários e documentos publicados por órgãos oficiais do governo brasileiro.

Foram critérios de inclusão dos estudos primários:

- Estudos que avaliassem o rastreamento do HIV/AIDS em gestantes no Brasil na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde;
- Estudos publicados entre janeiro de 2000 a setembro de 2022;
- Estudos conduzidos no Brasil;

O critério de exclusão dos estudos foi a indisponibilidade do texto completo de forma gratuita. Não houve limitação em relação a metodologia empregada no estudo ou língua em que foi publicado.

Para a busca de documentos, protocolos ou diretrizes clínicas, os seguintes critérios de inclusão foram aplicados:

- Documentos sobre o rastreamento do HIV/AIDS em gestantes no Brasil na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde;
- Documentos publicados por órgãos oficiais do governo federal do Brasil;
- Documentos com abrangência nacional no Brasil;

Foram excluídos os documentos considerados do tipo “não convencionais” pela BVS, que são folders, cartazes impressos, fotos ou propagandas sobre o tema.

Para a busca por artigos científicos, três bases de dados foram buscadas: MEDLINE (utilizando a interface Biblioteca Virtual de Saúde – BVS), LILACS e PubMed. Para proceder com a busca, foi elaborada uma estratégia para cada base de dados mencionada, utilizando descritores e palavras-chave. Para a busca por protocolos, documentos e outras diretrizes governamentais, foram buscados documentos oficiais publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Artigos e documentos adicionais foram inclusos após análise de referências bibliográficas e busca por trabalhos no Google Scholar. As estratégias de busca estão descritas no Quadro 1.

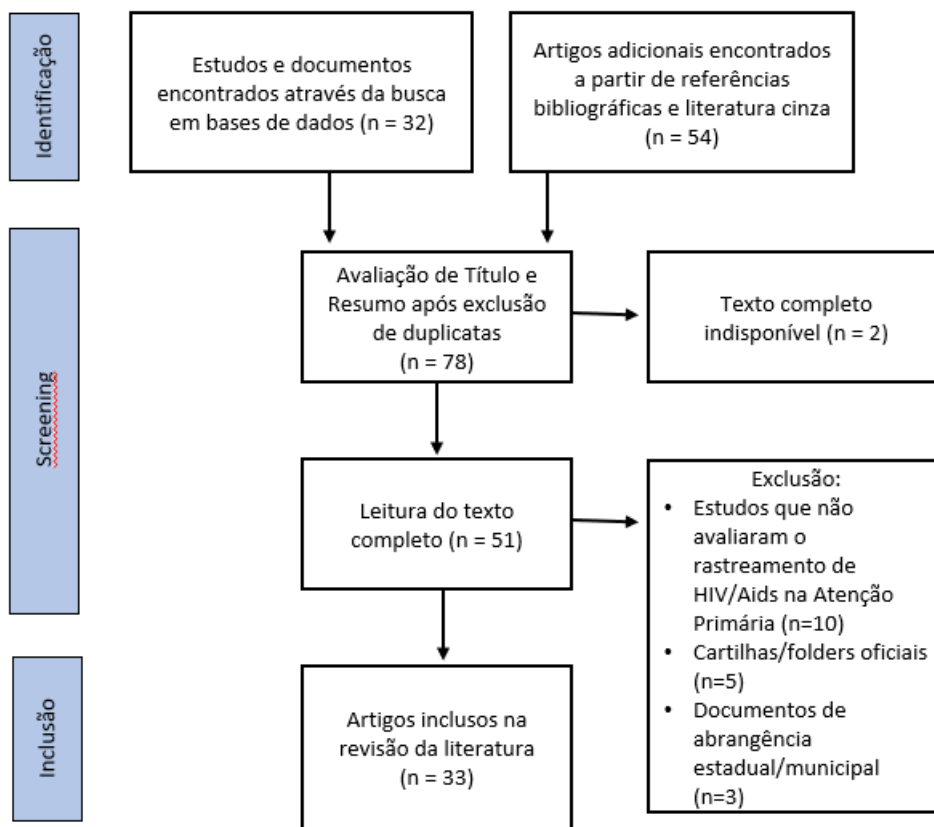
Quadro 1. Estratégia de busca utilizada para diferentes bases de dados.

Base de Dados	Estratégia de Busca
PUBMED	(HIV Testing[mh] OR AIDS Testing[tiab] OR HIV Infection Diagnosis[tiab] OR HIV-AIDS Testing[tiab]) AND (Pregnant Women[mh] OR Pregnant Woman[tiab] OR Pregnancy[mh] OR pregnanc*[tiab]) AND (Primary Health Care[mh] OR Primary Care[tiab] OR Primary Healthcare[tiab])
LILACS	(mh:("HIV Testing") OR ti:("Diagnóstico da Infecção pelo HIV" OR "Diagnóstico de Infecção pelo HIV" OR "Diagnóstico de Infecção por HIV" OR "Teste de AIDS" OR "Teste de HIV-AIDS" OR "Diagnóstico de Infección por VIH" OR "Prueba del SIDA" OR "Prueba del VIH" OR "Pruebas de VIH-SIDA")) OR ab:("Diagnóstico da Infecção pelo HIV" OR "Diagnóstico de Infecção pelo HIV" OR "Diagnóstico de Infecção por HIV" OR "Teste de AIDS" OR "Teste de HIV-AIDS" OR "Diagnóstico de Infección por VIH" OR "Prueba del SIDA" OR "Prueba del VIH" OR "Pruebas de VIH-SIDA")) AND (mh:("Pregnant Women" OR Pregnancy) OR ti:(Grávida* OR "Mulher grávida" OR "Mulheres Grávidas" OR Parturiente* OR Embarazada* OR "Mujer Embarazada" OR Gestação OR Gestación) OR ab:(Grávida* OR "Mulher Grávida" OR "Mulheres Grávidas" OR Parturiente* OR Embarazada* OR "Mujer Embarazada" OR Gestação OR Gestación)) AND (mh:("Primary Health Care") OR ti:("Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidado Primário de Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado*" OR "Asistencia Primaria" OR "Asistencia Primaria de Salud" OR "Asistencia Sanitaria de Primer Nivel" OR "Atención Básica" OR "Atención Primaria" OR "Atención Sanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR "Primer Nivel de Atención de Salud" OR "Primer Nivel de Atención Sanitaria" OR "Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria")) OR ab:("Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidado Primário de Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado*" OR "Asistencia Primaria" OR "Asistencia Primaria de Salud" OR "Asistencia Sanitaria de Primer Nivel" OR "Atención Básica" OR "Atención Primaria" OR "Atención Sanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR "Primer Nivel de Atención de Salud" OR "Primer Nivel de Atención Sanitaria" OR "Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria")) AND (mh:(brazil) OR ti:(brasil*) OR ab:(brasil*))
Biblioteca Virtual em Saúde	mj:("Saúde da Mulher" OR "Saúde da Criança" OR "Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas") AND collection_bvsms:(("ATDA") AND la:("pt"))

A busca das diferentes bases de dados resultou em um total de 86 artigos e documentos. Após a exclusão por duplicatas (n=8), um total de 78 artigos e documentos oficiais foram inclusos para a análise de título e resumo. Destes, 53 estudos foram selecionados para a leitura do texto completo, dos quais dois foram

excluídos pela indisponibilidade do texto para avaliação. A partir da leitura do texto completo dos documentos e artigos, 18 foram excluídos por não atenderem aos objetivos do presente trabalho, resultando em um total de 33 artigos e documentos selecionados para integrar a revisão da literatura. A Figura 1 exibe o processo de seleção e exclusão da presente revisão.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos e documentos inclusos na revisão da literatura.



Fonte: autoria própria baseado nas diretrizes PRISMA

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 17 documentos oficiais e 16 artigos foram analisados. O Quadro 2 apresenta uma síntese dos documentos oficiais publicados por órgãos federais desde 2000 sobre o rastreamento de HIV/AIDS em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde do Brasil.

Quadro 2. Documentos oficiais publicados a partir de 2000 sobre o rastreamento do HIV/AIDS em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde do Brasil.

Nº	Título do documento	Ano, Organização	Principais pontos
1	Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000	2000 Ministério da Saúde	<p>Garante a oferta de testagem anti-HIV no pré-natal com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes.</p> <p>Inclui como indicador de avaliação do serviço o percentual de gestantes que realizaram o teste anti-HIV.</p>
2	Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.	2002/2003 Ministério da Saúde – CN-DST/AIDS	<p>Preconiza a testagem na primeira consulta (preferencialmente no primeiro trimestre), repetindo-a no terceiro trimestre de gestação.</p> <p>Inclui orientações sobre aconselhamento pré e pós-teste, mesmo para casos em que o resultado seja negativo para HIV.</p>
3	Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes	2004 Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST/AIDS	<p>Recomenda a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal.</p> <p>Preconiza a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional.</p> <p>Preconiza a realização de um novo teste ao longo da gestação ou na admissão para parto se for considerado que a gestante esteve em situações de exposição constante ao risco de aquisição do vírus ou quando a mulher se encontra no período de janela imunológica.</p>

Nº	Título do documento	Ano, Organização	Principais pontos
4	Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005	2005 Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde	Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, que incluem: serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal. Os serviços devem adotar a realização de dois testes - T1 e T2 - em paralelo, mas não há mais a necessidade de exames confirmatórios.
5	Caderno de Atenção Básica nº 18 – HIV/ AIDS, Hepatites e Outras DST	2006 Ministério da Saúde	Determina o oferecimento do teste anti-HIV pela Unidade de Saúde a toda gestante, com aconselhamento pré e pós teste. Estabelece que cada UBS deve contar com um laboratório definido para a realização do teste e triagem anti-HIV.
6	Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.	2007 Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS	Mantém recomendações anteriores e inclui a possibilidade de utilização de testes rápidos em situações específicas, se necessário, incluindo gestantes e parturientes no momento do parto que não testadas durante o pré-natal.
7	Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis	2007 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde	Estabelece como objetivo geral o aumento da cobertura de testagem para HIV durante o pré-natal. Metas específicas: até dezembro de 2011, ter aumentado o percentual de gestantes que se testaram de 52% (2004) para 90%.
8	Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: Manual de bolso.	2007 Ministério da Saúde	Mantém recomendações anteriores.
9	Portaria MS/SVS nº 151, de 14 de outubro de 2009	2009 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde	Consolida os algoritmos de laboratório e testagem rápida e promove alterações com o objetivo de ampliar e expandir o diagnóstico da infecção pelo HIV. O diagnóstico negativo de HIV com testes rápidos passa a ser liberado a partir de um resultado negativo (TR1) e resultado positivo com dois testes (TR1 e TR2).

Nº	Título do documento	Ano, Organização	Principais pontos
10	Guia de tratamento: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.	2010 Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.	Mantém a prerrogativa de que testes rápidos não devem ser utilizados para grandes rotinas em razão de suas limitações técnico-operacionais, sendo indicados para situações específicas (incluindo gestantes e parturientes no momento do parto que não testadas durante o pré-natal). Descreve detalhadamente como deve ser feito o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV em gestantes.
11	Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011	2011 Ministério da Saúde, Gabinete o Ministro	Institui a Rede Cegonha em âmbito nacional. No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha, incluindo o teste rápido de HIV.
12	Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012	2012 Ministério da Saúde, Gabinete o Ministro	Dispõe sobre a realização de testes rápidos na Atenção Básica para detecção de HIV, sífilis e outros agravos, para gestantes e seus parceiros.
13	Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica	2012 Ministério da Saúde	Garante o apoio aos Estados, DF e municípios no processo de implantação gradual dos testes rápidos de HIV e sífilis nos serviços de saúde da Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha por meio da instituição de normas, recursos financeiros, materiais pedagógicos, envio de testes rápidos, entre outros.
14	Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	2015 Ministério da Saúde	Mantém recomendações anteriores.
15	Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério	2019 Ministério da Saúde	Mantém recomendações anteriores.
16	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT-TV)	2019 Ministério da Saúde	Mantém orientação de que gestantes diagnosticadas com HIV durante o pré-natal devem ser encaminhadas para o seguimento de pré-natal de alto risco, mas enfatiza que as mesmas devem manter o vínculo com a Atenção Básica. Afirma que os testes rápidos são o método preferencial para o diagnóstico de HIV/AIDS.

Nº	Título do documento	Ano, Organização	Principais pontos
17	Guia para Certificação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis	2021 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde	<p>Padroniza o procedimento para a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis em municípios com 100 mil ou mais habitantes e em estados que cumpram e mantenham critérios mínimos, bem como alcancem as metas de eliminação por meio dos indicadores estabelecidos.</p> <p>São indicadores de impacto: Taxa de incidência de crianças infectadas pelo HIV devido à transmissão vertical: $\leq 0,5$ caso por 1.000 nascidos vivos. Proporção anual de crianças infectadas pelo HIV entre as crianças expostas ao HIV, da rede pública e privada: $< 2\%$ Cobertura de gestantes com pelo menos um teste para HIV no pré-natal: $\geq 95\%$ Cobertura de crianças expostas ao HIV que receberam profilaxia antirretroviral adequada: $\geq 95\%$</p>

A análise dos documentos brasileiros demonstra como o rastreamento para HIV/AIDS em gestantes evoluiu ao longo dos anos, desde 2000. O primeiro documento oficial sobre o tema foi a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que garantiu a testagem com um exame na primeira consulta do pré-natal, mas apenas para municípios com mais de 50 mil habitantes. Dois anos mais tarde, há orientações para a repetição deste exame no terceiro trimestre, junto com orientações sobre aconselhamento pré e pós-testes. No entanto, foi apenas em 2004 (nº3) que o governo federal recomendou a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, enfatizando a necessidade de se realizar pelo menos uma sorologia durante o pré-natal.

No início do século XXI, o mundo passa por uma revolução no diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS, com a utilização de testes rápidos, em que os resultados saem em até 30 minutos. Segundo Ferreira e Mota (2020), a evolução dos TR para HIV foi motivada por três fatores: a melhora no desempenho devido ao desenvolvimento de novas tecnologias; a necessidade de expandir o diagnóstico de HIV, especialmente para fora das unidades de saúde; e a necessidade de fornecer o resultado do teste em menor tempo possível, a fim de diminuir a perda de indivíduos que não retornam às unidades para receber o diagnóstico. No Brasil, a Portaria nº

34, de 28 de julho de 2005 (nº 4) legislou sobre o tema, regulamentando os testes rápidos para diagnóstico, mas apenas em situações especiais, que incluíam serviços de saúde em áreas de difícil acesso ou em parturientes que não haviam sido testadas para HIV durante o pré-natal. Antes de 2005, os TR só poderiam ser utilizados em caráter especial, e necessitavam de uma teste laboratorial confirmatório para que o resultado fosse validado.

Em 2006, o Caderno de Atenção Básica nº 18 – HIV/ AIDS, Hepatites e Outras DST (nº 5), determina que todas as Unidades de Saúde da Atenção Básica devem oferecer o teste anti-HIV para gestante e estabelece que cada UBS deve contar com um laboratório definido para a realização do teste e triagem anti-HIV. No ano seguinte, foi estabelecida a realização de teste anti-HIV para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal e, sempre que possível, a repetição da sorologia para HIV no início do 3º trimestre, utilizando testes rápidos, se necessário. As mulheres que, apesar de testadas, chegarem ao momento do trabalho de parto sem o resultado da sorologia realizada, era aconselhada a realizar o diagnóstico na maternidade, utilizando testes rápidos anti-HIV (nº 6). Ainda em 2007, o Ministério da Saúde lança um Plano Operacional (nº 7), que estabelece como objetivo principal o aumento da cobertura da testagem para HIV durante o pré-natal, e inclui metas específicas que devem ser cumpridas até o ano de 2011.

Em 2009, a Portaria nº 151 (nº 9) foi um importante marco regulatório para os testes rápidos, pois promoveu alterações na forma de utilização dos testes rápidos, estabelecendo que apenas um teste negativo seria suficiente para que o diagnóstico negativo fosse validado, e dois testes rápidos com resultados positivos seriam válidos para o diagnóstico positivo de HIV/AIDS. Apesar disso, o Ministério da Saúde mantém sua recomendação de que TRs não devem ser utilizados para grandes rotinas em estabelecimentos de saúde (nº 10), devido as suas limitações técnico-científicas, sendo indicados apenas para situações específicas, como em regiões com pouca infraestrutura, gestantes com parceiros já vivem com o vírus, gestantes não testadas no pré-natal, entre outras.

Em 2011, é criada a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 (nº 11) que é um pacote de ações que assiste a saúde da mulher desde o planejamento familiar até o puerpério. A Rede Cegonha previa ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência. O principal foco desta política

pública foi reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. Pouco tempo depois, o Ministério da Saúde lança, por intermédio da Rede Cegonha, o oferecimento do teste rápido de HIV/AIDS para todas as gestantes em acompanhamento durante o pré-natal, com aconselhamento pré e pós-teste, que pode ser realizado na Atenção Primária. É a partir da Rede Cegonha que se inicia, gradualmente, o processo de implementação dos testes rápidos de HIV e sífilis nos serviços de saúde da Atenção Básica, por meio da instituição de normas, recursos financeiros, materiais pedagógicos e envio de testes rápidos.

A evolução científica e diagnóstica dos testes rápidos para HIV/AIDS é percebida ao longo dos documentos analisados, sendo preferida, inclusive, do que os testes laboratoriais. Por exemplo, no PCDT-TV de 2019 (nº 16), há a menção de que os testes rápidos são os “métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início adequado da TARV e resposta virológica mais precoce”. O documento indica que a testagem laboratorial pode ser realizada, desde que o resultado saia em até 14 dias.

No ano de 2021, o Ministério da Saúde lançou o Guia para Certificação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis (nº 17), que padronizou os critérios para tal certificação. Foram determinados, como indicadores de impacto, que a taxa de incidência de crianças infectadas através da TVHIV fosse menor do que 0,5 casos a cada mil nascidos vivos, além de estabelecer que a cobertura de gestantes com pelo menos um teste para HIV durante o pré-natal fosse igual ou superior à 95%.

Como verificado através de documentos oficiais, a implementação do rastreamento do HIV/AIDS em gestantes em atendimento no pré-natal na Atenção Básica ocorreu de forma gradual ao longo dos anos. Os artigos avaliados durante o mesmo período (2000-2022) demonstram as dificuldades encontradas por profissionais de saúde em relação a implementação desta política pública. Como verifica-se no Quadro 3, os estudos encontrados possuem diferentes objetivos e análises em relação à testagem da gestante durante o pré-natal. As principais temáticas foram: implementação da testagem na Atenção Primária em Saúde; prevalência da testagem durante o pré-natal; capacitação dos profissionais da Atenção Primária em realizar a testagem; aconselhamento pré e pós-teste; e a realização do teste sem o consentimento da gestante.

Quadro 3. Estudos publicados entre 2000 e 2022 sobre o rastreamento do HIV/AIDS em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde do Brasil.

No.	Título	Ano, Local	Objetivo	Delimitação e Amostra	Resultados
1	Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002	2004, Brasil	Avaliar a cobertura efetiva da detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, em âmbito nacional.	Transversal, dados de 31.316 parturientes, coletados de 150 municípios do Brasil	A cobertura efetiva do teste de HIV durante a gestação foi estimada em 52%. As recomendações do Ministério da Saúde foram atendidas, completamente, por somente 27% parturientes.
2	Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP	2006, Recife/PE	Determinar a prevalência da testagem anti-HIV no pré-natal	Descritivo retrospectivo, 400 puérperas atendidas em uma maternidade	300 mulheres realizaram o teste antes do momento do parto. No entanto, 38,5% das mulheres (N=154) chegou na admissão ao parto sem o resultado anti-HIV do pré-natal.
3	Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará	2008, Fortaleza/CE	Analisar a implementação da detecção da infecção pelo HIV em gestantes em uma Unidade Básica de Saúde da Família	Qualitativo, 36 profissionais e gestantes de uma Unidade Básica de Saúde da Família	As mulheres grávidas enfrentam muitas dificuldades para realizar o teste anti-HIV, devido às barreiras de acesso institucional. Detectou-se que a unidade básica não realiza a coleta do material biológico, poucos laboratórios o realizam e há distância geográfica entre os laboratórios e a residência da gestante.
4	Oportunidades perdidas (OP) na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV	2008 Brasil	Estimar a prevalência de oportunidade perdida de prevenção a sífilis e HIV entre gestantes que tiveram acesso ao pré-natal	Transversal, 2.145 puérperas atendidas em maternidades do Brasil	A prevalência de OP para HIV foi de 56%. Raça/cor (não branca), escolaridade (≤ 8 anos de estudo), estado civil (solteira), renda <3 salários mínimos, relação sexual durante a gravidez, relato de não ter tido sífilis anterior à gravidez atual, realização de seis ou mais consultas de pré-natal e a realização da última visita antes do terceiro trimestre de gravidez estavam associados a maior risco de ter oportunidade perdida de prevenção.

No.	Título	Ano, Local	Objetivo	Delineamento e Amostra	Resultados
5	Aconselhamento coletivo pré-teste anti-hiv no pré-natal: Uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde	2009 Fortaleza/CE	Conhecer e discutir como se desenvolve o aconselhamento coletivo pré-teste anti-HIV para gestantes em uma Unidade Básica de Saúde	Qualitativo, 7 profissionais de uma Unidade Básica de Saúde da Família	Os profissionais de saúde percebem o aconselhamento coletivo pré-teste anti-HIV no pré-natal como uma atividade importante, entretanto não o realizam na rotina dos serviços.
6	As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes	2011 Zona norte da cidade de São Paulo (SP)	Investigar a assistência pré-natal e as políticas de prevenção à transmissão vertical	Descritivo, 79 mulheres em acompanhamento no pré-natal e os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento no período estudado (2003)	91% das gestantes afirmam a realização da testagem sorológica para o HIV
7	Prevalência da infecção por HIV em Grávidas no norte do Brasil	2012 Belém/PA	Avaliar a prevalência e o diagnóstico do HIV em grávidas atendidas em maternidade pública da Região Norte do Brasil.	Descritivo retrospectivo, 770 gestantes com diagnóstico de HIV/AIDS	Em relação à descoberta do diagnóstico, 75% das mulheres (N=578) sabiam seu status sorológico antes da gravidez, 3,6% (N=28) descobriram durante o pré-natal, e 21,3% (N=164) durante a triagem obstétrica.
8	Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá	2013 Cuiabá/MT	Descrever as ações realizadas pela equipe de enfermagem na atenção pré-natal	Transversal, com 182 profissionais de enfermagem atuantes na Atenção Primária e dados de 74 gestantes	Apenas 36,4% (n=27) das gestantes avaliadas tiveram o teste anti-HIV solicitado pela equipe de saúde.
9	A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica	2014 São Paulo/SP	Identificar a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica para o enfrentamento do HIV/AIDS.	Transversal, com 328 gerentes das UBS do Município de São Paulo	Nas Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/AIDS, 108 (32,9%) não fazem teste de detecção de HIV no pré-natal, 72 (22%) não realizam a abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante e em 209 (63,7%) a comunicação do diagnóstico de HIV à gestante não é realizada por equipe multiprofissional.

No.	Título	Ano, Local	Objetivo	Delineamento e Amostra	Resultados
10	Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará	2015 Fortaleza/CE	Descrever a implantação dos Testes Rápidos (TR) de sífilis e HIV na rotina do pré-natal em unidades primárias de saúde de Fortaleza, Ceará.	Descritivo, 24 Unidades de Saúde da Atenção Primária	Identificou-se espaço físico adequado em 79,2% unidades, disponibilidade de TR em 62,5%, realização dos testes em 37,5% e, destas, 55,6% fazendo estes procedimentos na rotina do pré-natal.
11	Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades	2016 Porto Alegre/RS	identificar as tensões que permeiam o processo de descentralização do diagnóstico para HIV e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV-AIDS para a atenção básica	Qualitativo, grupos focais e entrevistas com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde.	Problemas que tensionam o processo: equipes incompletas e rotatividade de profissionais; desconfiança em relação ao teste rápido; percepção de sobrecarga de trabalho; aspectos concernentes ao aconselhamento e comunicação diagnóstica. Aspectos positivos: sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos; perspectiva de trabalho segundo princípios do SUS e da saúde da família; capacitação e apoio matricial.
12	Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha	2018 Porto Alegre/RS	investigar a avaliação dos profissionais da Atenção Primária (AP) sobre a implantação do aconselhamento e do teste rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha (RC)	Qualitativo, 13 profissionais de saúde	Os profissionais receberam capacitações referentes à testagem rápida, porém o matriciamento foi considerado inexistente. A solicitação do teste rápido das gestantes é realizada de forma compulsória. O aconselhamento, quando presente, é restrito ao pré-teste de HIV

No.	Título	Ano, Local	Objetivo	Delineamento e Amostra	Resultados
13	Teste ANTI-HIV na gestação: vivência de profissionais de enfermagem	2020 Volta Redonda/ RJ	Identificar como são realizados os aconselhamentos pré-teste e pós-teste anti-HIV	Qualitativo, 7 enfermeiras	As enfermeiras aplicam o teste anti-HIV nas unidades pesquisadas, assim como possuem capacitação para atender ao pré-natal e para realizarem o teste rápido anti-HIV.
14	Avaliação das medidas de controle do HIV na atenção básica	2020 Recife, PE	Avaliar as medidas de controle do HIV na Atenção Básica.	Transversal, com 163 enfermeiros da Atenção Básica de Recife, PE	85,9% das unidades “sempre” realizam o pré-natal em momento oportuno e 95,1% “sempre” solicitam sorologias para HIV na primeira consulta.
15	Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária	2020 Seridó/RN	Identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho quanto à adesão das equipes de Atenção Primária ao teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C durante o pré-natal	Descritivo, 93 unidades básicas de saúde	7% das equipes não ofereciam nenhum tipo de TR para ISTs no serviço. 97% das equipes que realizavam TR, o faziam no início do acompanhamento do pré-natal. Apenas 51,6% das equipes repetiam os testes no início do terceiro trimestre de gestação.
16	Prevalência de gestantes diagnosticadas com HIV no “teste da mamãe” do Estado de Goiás no ano de 2005 a Setembro de 2016	2021 Goiás	Estimar a prevalência de infecção por HIV, das gestantes triadas pelo programa de proteção à gestante do Estado de Goiás.	Ecológico, retrospectivo, compreendendo série histórica de dez anos, a partir de janeiro de 2005 a setembro de 2016. Total de 834.155 gestantes foram triadas.	Prevalência de 1,50 para cada 1000 mulheres (IC95% 1,42-1,58), sendo observado variações de 1,42 para cada 1000 mulheres em 2005 e 1,49 em 2016.

Ao analisarmos os artigos inclusos na presente revisão da literatura, é possível avaliarmos como a prevalência do teste de HIV/AIDS em gestantes foi gradualmente aumentando ao longo dos anos. O objetivo do estudo de Souza Júnior

et al (2004) (nº 1), foi avaliar a cobertura efetiva da detecção do HIV durante a gestação, em âmbito nacional. Foi realizado uma estimativa, por processo de amostragem, de gestantes que deixaram de fazer o teste anti-HIV durante a gestação. Foram utilizados dados do Estudo-Sentinela Parturiente, de 2002. Foram utilizados dados das cartilhas de 31.316 parturientes, sendo que destas, 1.163 não continham informações relativas ao número de consultas no pré-natal. No Brasil, o percentual de pedido de teste foi de 65%, variando de 42% nas regiões Norte e Nordeste a 84% no Sul. Entre as gestantes que realizaram o teste durante a gestação, apenas 78% tiveram conhecimento do resultado antes do parto.

Resultado similar foi encontrado no artigo de Rodrigues *et al* (2008) (nº 4), com dados de 1999 e 2000. Os autores buscaram estimar a prevalência de oportunidade perdida de prevenção a sífilis e HIV entre gestantes que tiveram acesso ao pré-natal. Trata-se de um estudo transversal com amostra aleatória de 2.145 puérperas do Brasil, admitidas em maternidades para parto ou curetagem e que haviam realizado pelo menos uma consulta de pré-natal entre 1999 e 2000. Os autores consideraram como “oportunidade perdida de prevenção” as mulheres que realizaram apenas o TR de HIV, apenas o de sífilis, ou nenhum dos dois. A prevalência de oportunidade perdida foi de 56% para HIV. Foram considerados fatores de risco para a não realização do teste de HIV durante o pré-natal: uma escolaridade igual ou inferior à 8 anos de estudo (RC: 1.71, IC95% 1.20-2.44); ser solteira (1.60 (1.15;2.22)); ter feito sexo durante a gestação 1.85 (1.02;3.38), e ter realizado sua última consulta de pré-natal no segundo trimestre da gestação 2.31 (1.22;4.37).

O estudo de Morimura *et al* (2006) buscou estimar a prevalência da testagem anti-HIV no pré-natal e parto em Recife, Pernambuco. Trata-se de um estudo de corte transversal, com 400 puérperas atendidas em um Instituto Materno-Infantil. Os dados foram colhidos em 2003. Do total da amostra, 300 mulheres realizaram o teste antes do momento do parto. No entanto, 38,5% das mulheres (N=154) chegou na admissão ao parto sem o resultado anti-HIV do pré-natal. O número de consultas do pré-natal, o número de profissionais que assistiram à mulher durante o pré-natal e a escolaridade da gestante estiveram estatisticamente associados ($p < 0,001$, $p < 0,001$ e $p = 0,006$ respectivamente) à realização do teste anti-HIV durante ao pré-natal, mas não ao recebimento do resultado dos testes. Do total de mulheres que realizaram o teste durante o pré-natal (N=300), 155 (51,8%) relataram não ter recebido

aconselhamento pré-teste, e 183 delas (61,1%) relataram que o teste não foi ofertado pelos profissionais de saúde, ou seja, não houve consentimento da mulher para que o teste fosse realizado. O tempo médio de espera do resultado do teste foi de 30 dias para 80% das gestantes avaliadas.

Estudos mais recentes indicam que a prevalência de realização da testagem têm aumentado nas unidades de saúde. Por exemplo, o estudo transversal de Pinho *et al* (nº 14) indicou que 85,9%, de um total de 163 unidades avaliadas, “sempre” realizam o pré-natal em momento oportuno e 95,1% “sempre” solicitam sorologias para HIV na primeira consulta. No entanto, a repetição da testagem no terceiro trimestre, preconizada pelo Ministério da Saúde, têm sido um problema para as equipes da Atenção Básica, como visto no estudo de Araújo *et al*, (2020) (nº 15), em que 97% das equipes que realizavam TR, o faziam no início do acompanhamento do pré-natal, mas 51,6% das equipes repetiam os testes no início do terceiro trimestre de gestação.

A necessidade de se testar as gestantes repetidamente durante o pré-natal fica salientada através dos resultados do estudo de Menezes *et al* (2012) (nº 7), realizado com 770 gestantes com diagnóstico de HIV/AIDS atendidas em maternidade pública do Pará verificou que 91,9% realizaram o pré-natal, sendo que 61% realizaram entre 4 a 6 consultas. Em relação à descoberta do diagnóstico, 75% das mulheres (N=578) sabiam seu status sorológico antes da gravidez, apenas 3,6% (N=28) descobriram durante o pré-natal, e 21,3% (N=164) durante a triagem obstétrica.

O artigo de Santos *et al* (2018) investigou a avaliação de profissionais da Atenção Primária (AP) sobre a implantação do aconselhamento e do teste rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha (RC) na cidade de Porto Alegre (RS). Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais da AP de 11 serviços de saúde. Em relação a capacitações feitas para a realização e aconselhamento do teste rápido, todos os profissionais afirmaram ter participado de treinamentos, no entanto, oito consideraram a capacitação insuficiente. O estudo de Pinho *et al* (nº 14) também considerou um déficit na promoção de momentos de capacitação e aprofundamento dos profissionais sobre HIV/AIDS. Segundo os autores, os treinamentos focaram na realização do TR, o que evidencia a necessidade de intensificar o apoio e a promoção de programas de educação voltados para o tema.

Ainda em relação ao artigo de Santos *et al* (2018), a investigação sobre a realização do teste rápido anti-HIV demonstrou que os profissionais realizam do teste de maneira protocolar e quase compulsória nas primeiras consultas, e que isso faz parte da rotina dos serviços. Uma das falas destacadas no artigo demonstra que muitas vezes os profissionais nem questionam à gestante sobre a realização ou não do teste, apenas o fazem. Os autores argumentam que é necessário refletir sobre a autonomia das usuárias do serviço, evitando que a gestante seja vista apenas como um corpo reprodutivo. Cabe destacar que os profissionais mencionam realizar o aconselhamento pré-teste. No entanto, o acompanhamento pós-teste, que pode ser uma importante ferramenta de cuidado futuro, é realizado apenas quando o resultado do teste é positivo.

Observar como são realizados os aconselhamentos pré e pós-testes anti-HIV foi o objetivo do estudo de Silva *et al* (2020). Trata-se de um estudo qualitativo, em que sete enfermeiras, de seis serviços de Atenção Primária da cidade de Volta Redonda (RJ), foram entrevistadas. Os resultados apontam que os profissionais possuem capacitação para realizarem o teste anti-HIV. As enfermeiras destacaram que aconselham as gestantes na maioria das vezes. No entanto, existiram enfermeiras que relataram eleger quais pacientes devem receber as orientações, como “quando vejo necessidade por parte da gestante” (Silva *et al*, 2020). No aconselhamento pré-teste foi referido que as gestantes são orientadas quanto à prevenção, para que não haja a disseminação do HIV de forma vertical.

6 CONCLUSÃO

A ampliação do acesso ao diagnóstico de HIV/Aids das gestantes tem o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical da doença. Com ajuda da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde implementou como política pública o oferecimento do Teste Rápido de HIV/AIDS para todas gestantes durante o acompanhamento do pré-natal. É disponibilizado também, o aconselhamento pré e pós-teste, que pode ser realizado na Atenção Primária. O teste para diagnosticar o HIV deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez), no início do 3º trimestre (28ª semana) e no momento do parto. Para as gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do TR para HIV.

A partir da análise de 33 artigos e documentos que integraram a presente revisão, verificamos que a implementação do rastreamento do HIV/AIDS em gestantes em atendimento no pré-natal na Atenção Básica se deu de forma gradual a partir de 2000, ocorrendo primeiro em gestantes consideradas “em risco” para o HIV/Aids, que eram testadas através de exames laboratoriais.

A regulação dos testes rápidos de HIV e a implementação da Rede Cegonha permitiu que o diagnóstico fosse ampliado para a Atenção Primária. No entanto, a implementação dos TR na Atenção Básica necessita da sensibilização da equipe da unidade em relação a divulgação dos resultados para os usuários do serviço, capacitação dos trabalhadores para a realização dos TR, espaço físico adequado, tanto para a realização do teste, quanto para o aconselhamento prévio e posterior, e a disponibilidade de insumos e materiais de apoio.

Os artigos avaliados demonstram que a prevalência do pedido do teste durante o pré-natal aumentou nos últimos anos. No entanto, foram encontradas dificuldades em relação a implementação desta política pública, indicando que: profissionais não são suficientemente capacitados para realizar o teste rápido; muitos serviços não realizam o aconselhamento pré e/ou pós teste; e ainda há a realização do teste sem o consentimento da gestante. São fundamentais para a adesão ao tratamento antirretroviral das gestantes, medidas que viabilizem o acesso das mulheres ao pré-natal o mais cedo possível, bem como estratégias de promoção do apoio emocional. Os profissionais de saúde devem ser preparados para oferecer

acolhimento especial àquelas mulheres que iniciam o pré-natal tardiamente, bem como àquelas com menos informações sobre a gestação no contexto do HIV.

Este trabalho possui algumas limitações. Durante a busca inicial dos artigos, a estratégia de busca não forneceu tantos resultados quanto esperado. Assim, foram consultadas as referências dos artigos encontrados para embasar o referencial bibliográfico da melhor forma possível. Ainda assim, consideramos que este trabalho pode auxiliar serviços da Atenção Primária ao demonstrar as dificuldades da implementação do teste rápido de HIV/Aids nos serviços de saúde.

7 REFERÊNCIAS

- Agarwal-Jans, Sheba. Timeline: Hiv. Cell, Internet. 15;183(2):550, Outubro 2020.
- Brasil, Ministério Da Saúde- Hiv/Aids. 2021
- Brasil, Ministério Da Saúde- Hiv/Aids. 2022
- Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio Entre A Necessidade De Saúde, Serviços E Tecnologias. Brasília: Unesco; Ministério Da Saúde, 2002
- Serruya, Suzanne; Lago, Tania; Cecatti E Jose Guilherme. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant; 4(3): 269-279, Jul.-Set. 2004.
- Norma Técnica Operacional Da Assistência A Saúde. Noas-Sus 01/2021. Gabinete Do Ministro. Portaria N 95, De 26 De Janeiro De 2001. Ministério Da Saúde. 2021
- Brasil, Ministério Da Saúde. Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher. Princípios E Diretrizes. Brasília. 2007.
- Brasil, Ministério Da Saúde. Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher. Princípios E Diretrizes. Brasília. 2004.
- Greene, Warner C. A History Of Aids: Looking Back To See Ahead. European Journal Of Immunology, V. 37, N. Supl. 1, 2007.
- Galvão, J. 1980-2001:Uma Cronologia Da Epidemia De Hiv/Aids No Brasil E No Mundo. Associação Brasileira Interdisciplinas De Aids, V. 2, P. 1–30, 2002.
- Moir S, Chun Tw, Fauci As. Pathogenic Mechanisms Of Hiv Disease. Annu Rev Pathol. 2011;6:223-248.
- Brasil, Ministério Da Saúde- Hiv/Aids. 2008
- Ramos, Sílvia. O Papel Das Ongs Na Construção De Políticas De Saúde: A Aids, A Saúde Da Mulher E A Saúde Mental. Ciência & Saúde Coletiva, [S. L.], V. 9, N. 4, P. 1067–1078, 2004.
- Parker, Richard E Herbert Daniel. Aids, A Terceira Epidemia: Ensaio E Tentativas. Rio De Janeiro: Abia, 2018.
- Galvão, Jane. Aids No Brasil: A Agenda De Contrução De Uma Epidemia., 2000.
- Galvão, J. 1980-2001:Uma Cronologia Da Epidemia De Hiv/Aids No Brasil E No Mundo. Associação Brasileira Interdisciplinas De Aids, V. 2, P. 1–30, 2002.

Brasil, Ministério Da Saúde-Hiv/Aids. 2002

Rossi, Angélica Da Mata Et Al. Cascata Do Cuidado Do Hiv A Partir Do Diagnóstico Em Centro De Testagem E Aconselhamento. Revista Brasileira De Enfermagem

Giacomozzi, Andréia Isabel; Camargo, Brigido Vizeu. Eu Confio No Meu Marido: Estudo Da Representação Social De Mulheres Com Parceiro Fixo Sobre Prevenção Da Aids. Psicol. Teor. Prát, [S. L.], V. 6, N. 1, P. 31–44, 2004. Brasil, Ministério Da Saúde-Hiv/Aids. 2021

Organização Mundial Da Saúde. Who. 2016.

Ferreira, Angela; Rocha, Benigno; Castro Aline; Et Al. Prevalência De Gestantes Diagnosticadas Com Hiv No “Teste Da Mamãe” Do Estado De Goiás No Ano De 2005 A Setembro De 2016. Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, V.4, N.2, P. 7026-7040 Mar./Apr. 2021.

Gomes, Daniela Marcondes, Oliveira, Maria Inês Couto De E Fonseca, Sandra Costa avaliação Da Testagem Anti-Hiv No Pré-Natal E Na Assistência Ao Parto No Rio De Janeiro, Brasil. Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil [Online]. 2015, V. 15, N. 4

Friedrich, Luciana; Menegotto; Magdaleno, Amanda; Et Al. Transmissão Vertical Do Hiv: Uma Revisão Sobre O Tema. Boletim Científico De Pediatria. 2238-0450/16/05-03/81.

Brasil, Ministério Da Saúde. Coordenação Nacional De Dst E Aids. Gonçalves. Aprendendo Sobre Aids E Doenças Sexualmente Transmissíveis: Livro Da Família. Brasília: Ministério Da Saúde. Coordenação Nacional De Dst E Aids. 1999, P, 84.

Brasil, Ministério Da Saúde- Política Nacional De Dst/Aids Princípios, Diretrizes E Estratégias. HIV/AIDS- 1999

Ferreira, Orlando; Motta, Leonardo. Três Décadas De Diagnóstico De Hiv: A Experiência Brasileira. Universidade De Caxias Do Sul. 2020.

Rodrigues, Celeste Souza, Guimarães, Mark Drew Crosland E César, Cibele Comini. Oportunidades Perdidas Na Prevenção Da Sífilis Congênita E Da Transmissão Vertical Do Hiv. Revista De Saúde Pública [Online]. 2008, V. 42, N. 5 .

Morimura, Maria Celina; Mendes Manoela; Souza, Ariane; Et Al. Frequência De Testagem Rápida Para O Hiv Durante A Admissão Para O Parto Em Puérperas

No Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, Imp. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (Supl 1): S69-S76, Maio, 2006.

Pinho, Clarissa; Dourado Cynthia; De Lima, Morgana; Et Al. Avaliação Das Medidas De Controle Do Hiv Na Atenção Básica. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Issn 2178-2091.

Araújo, Túlio César Vieira De E Souza, Marize Barros De. Adesão Das Equipes Aos Testes Rápidos No Pré-Natal E Administração Da Penicilina Benzatina Na Atenção Primária* * Extraído Da Dissertação: “Adesão Dos Serviços De Atenção Básica Ao Teste Rápido Para As Infecções Sexualmente Transmissíveis”, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, 2019. . Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp [Online]. 2020, V. 54.

Santos, Rejane Rosaria Grecco Dos Et Al . Percepção Dos Profissionais Para Implantação Do Teste Rápido Para Hiv E Sífilis Na Rede Cegonha. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, V. 10, N. 3, P. 17-29, Dic. 2018.

