

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR GESTANTES COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA

ACCESSIBILITY AND USE OF HEALTH SERVICES BY HIV-INFECTED PREGNANT WOMEN: INTEGRATIVE REVIEW

ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR GESTANTES CON VIH: REVISIÓN INTEGRADORA

Raquel Einloft Kleinubing¹
Cristiane Cardoso de Paula²
Stela Maris de Mello Padoin²
Tamiris Ferreira³
Fernanda Severo da Silva⁴

Objetivo: avaliar a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde pelas gestantes que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Método:** revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, PubMed e SCOPUS no período de janeiro de 2016, totalizando 39 produções. Para avaliação crítica dos estudos primários utilizou-se a classificação do nível de evidência. **Resultados:** a acessibilidade tem esbarrado nos aspectos: tempo, horário de funcionamento, insuficiência de insumos, transporte, localização, custos, estrutura dos serviços, estigma, ausência de apoio, acesso a conhecimentos, privacidade, confidencialidade e relação profissional-usuária. Quanto à utilização dos serviços de saúde, o mesmo foi limitado ao exame anti-HIV e apresentou profilaxia incompleta. O tipo de uso dos serviços incluiu exames, uso de antirretrovirais, pré-natal e parto. **Conclusão:** a acessibilidade e a utilização dos serviços pelas gestantes com HIV encontram barreiras relacionadas ao tempo, à localização e aos aspectos psicossociais.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Gestantes. HIV. Aids.

Objective: to evaluate the accessibility and use of health services by pregnant women living with human immunodeficiency virus (HIV). Method: integrative review carried out in the LILACS, PubMed and SCOPUS databases in January 2016, totaling 39 articles. The classification of the level of evidence was used for critical evaluation of primary studies. Results: accessibility has been hindered by aspects such as time, hours of operation, insufficiency of inputs, transportation, location, costs, structure of services, stigma, lack of support, access to knowledge, privacy, confidentiality and professional-user relationship. Regarding the use of health services, this was limited to anti-HIV tests and presented incomplete prophylaxis. The type of use of services included tests, antiretroviral treatment,

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. raquel_e_k@hotmail.com

² Enfermeiras. Doutoradas em Enfermagem. Docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. cris_depaula1@hotmail.com; stelamaris_padoin@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. tamiris26@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. feh.severo@hotmail.com

prenatal care, and childbirth. Conclusion: the accessibility and the use of services by HIV-infected pregnant women faces barriers related to time, location and psychosocial aspects.

Descriptors: Access to health care services. Pregnant women. HIV. Aids.

Objetivo: evaluar la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud por las gestantes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Método: revisión integradora realizada en las bases de datos LILACS, PubMed y SCOPUS en el período de enero de 2016, totalizando 39 producciones. Para evaluación crítica de los estudios primarios se utilizó la clasificación del nivel de evidencia. Resultados: la accesibilidad ha impedido en aspectos tales como tiempo, horario de funcionamiento, insuficiencia de insumos, transporte, localización, costos, estructura de los servicios, estigma, ausencia de apoyo, acceso a la conocimientos, privacidad, confidencialidad y relación profesional-usuaria. En la utilización de los servicios de salud, el mismo fue limitado al examen anti-VIH y presentó profilaxis incompleta. El tipo de uso de los servicios incluyó exámenes, uso de antirretrovirales, prenatal y parto. Conclusión: la accesibilidad y la utilización de los servicios por las gestantes con VIH encuentran barreras relacionadas al tiempo, la localización y a los aspectos psicosociales.

Descritores: Acceso a los Servicios de Salud. Gestantes. VIH. Sida.

Introdução

No Brasil, a categoria de exposição ao HIV mais prevalente na infância é a transmissão vertical, que ocasionou 159 casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) em menores de cinco anos somente em 2014. Entretanto, esses casos podem ser relacionados tanto com as condições maternas e do recém-nascido quanto com as ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde⁽¹⁻²⁾.

Almeja-se que o acesso a insumos, como testes rápidos, exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e materiais técnicos, possa ser intensificado por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas consistem em arranjos organizacionais para integração sistêmica entre os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e visam a ampliação das ações de promoção e prevenção, uma vez que buscam a integralidade da atenção, utilizando como núcleo principal a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽³⁾.

A RAS é fundamental para que se possa estabelecer a tomada de decisão e o seguimento das ações profiláticas e terapêuticas⁽³⁻⁴⁾. Considerando sua proposta de integração entre os atores sociais, governamentais e não governamentais, podem representar um mecanismo para a abordagem da feminização da epidemia⁽⁴⁻⁵⁾. O investimento e a integração das estratégias de

acompanhamento pré-natal, aconselhamento, fornecimento da terapia antirretroviral para as mulheres e crianças expostas à infecção e o acompanhamento dos desfechos clínicos dos casos de exposição infantil, são fundamentais na redução da transmissão vertical do HIV^(3,6).

No entanto, para o acesso universal a tais condutas, deve ser considerado o percurso que o usuário realiza nas RAS. A atenção ao primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde implica na acessibilidade (elemento estrutural) e na utilização (elemento processual) desses serviços a cada problema ou episódio de um mesmo problema⁽⁷⁾.

Assim, a compreensão desses elementos expande-se para além da facilidade ou da dificuldade de ingresso ao serviço de saúde. A acessibilidade envolve aspectos como a proximidade entre os serviços de saúde e a população adscrita, disponibilidade de horários e datas para atendimento e a flexibilidade no agendamento das consultas. Reflete na dinâmica de oferta de ações e na utilização dos serviços pelos usuários. Isso definirá, dentre outras situações, a possibilidade ou não de retorno para a continuidade do acompanhamento em saúde⁽⁷⁻⁹⁾.

Além disso, apesar de os serviços especializados representarem a referência na formação dos profissionais na atenção às gestantes vivendo

com HIV, a APS deve ser considerada a porta de entrada no sistema de saúde⁽¹⁰⁾. Contudo, para que seja possível incluir o atendimento a essa população e ampliar o acesso aos serviços, a dificuldade de articulação entre os pontos da RAS deve ser superada. Os obstáculos consistem na desproporção de serviços de APS para o número de habitantes, insuficiência da RAS nos serviços de diferentes densidades tecnológicas e despreparo profissional para atender as demandas referentes ao HIV, culminando na fragmentação das ações⁽¹¹⁾.

Tendo em vista que o investimento no acesso dessa população aos serviços é importante para que as ações de saúde sejam resolutivas durante a gestação, objetivou-se avaliar a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde pelas gestantes que vivem com HIV.

Método

Este estudo consiste em uma revisão integrativa⁽¹²⁾, realizada a partir da questão norteadora: “Quais as evidências científicas de barreiras para a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde por gestantes que vivem com HIV?”

As produções foram localizadas no mês de janeiro de 2016, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine/National Institutes of Health* (PubMed) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS), por meio de diferentes estratégias em cada base (descritas na Figura 1). Quanto ao período de tempo considerado durante o processo de seleção das produções, salienta-se que não houve recorte temporal. As diferentes estratégias de busca e a não utilização de recorte temporal oportunizaram a ampliação da possibilidade de localização de evidências que respondessem à questão de pesquisa.

A seleção das produções foi desenvolvida de modo duplo independente, com vistas a possíveis vieses nessa etapa. Os critérios de inclusão

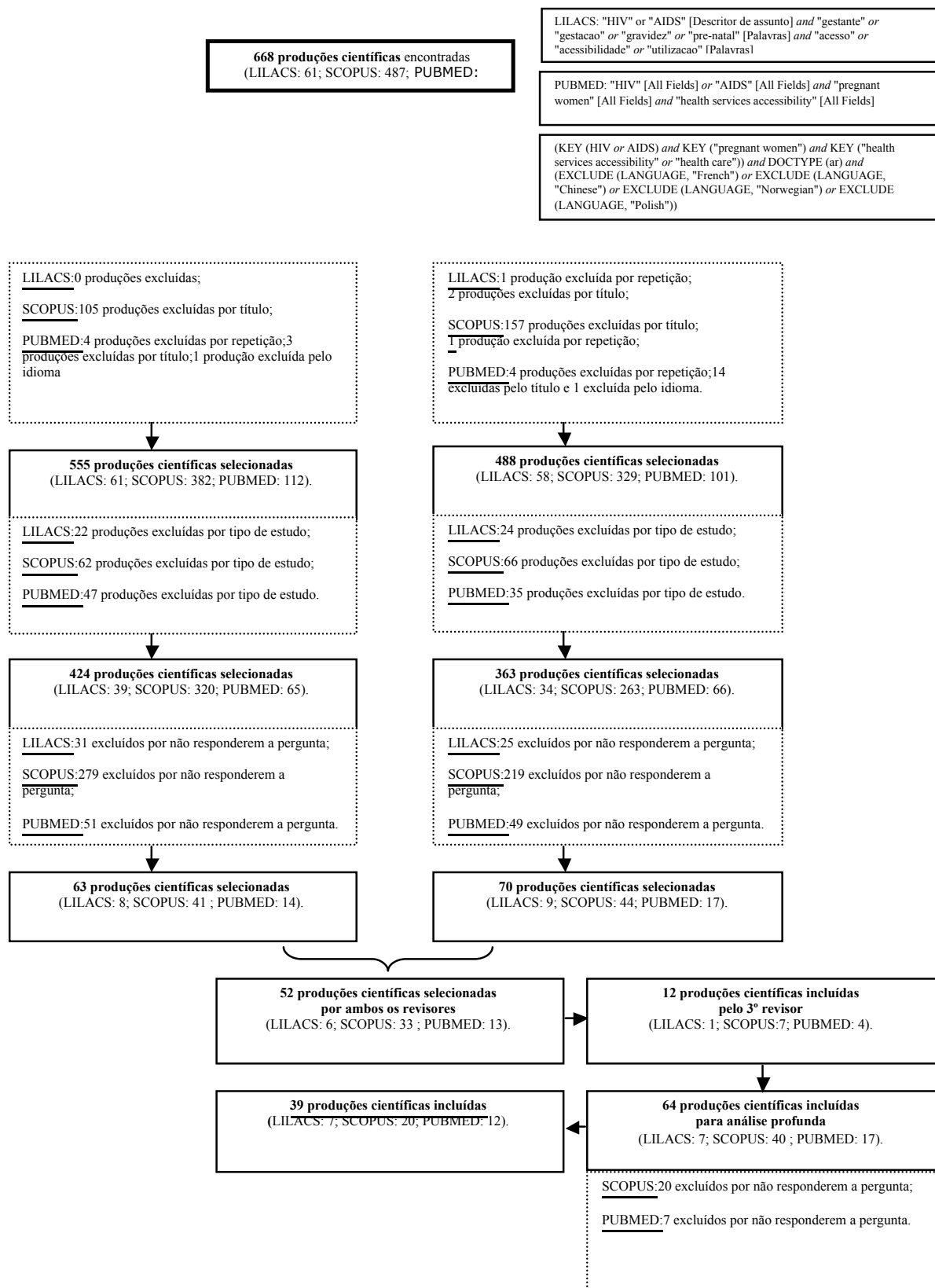
foram: artigos de pesquisa que respondessem à questão norteadora, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram localizadas 668 produções das quais 39 compuseram o *corpus* do presente estudo (Figura 1).

Salienta-se que as produções que se apresentaram repetidas foram consideradas apenas uma vez. Além disso, a avaliação crítica dos estudos primários foi efetuada, tendo em vista a complexidade de combinar diferentes abordagens metodológicas. Portanto, utilizou-se o sistema de classificação do nível de evidência das produções selecionadas como resultados na presente revisão integrativa⁽¹³⁾.

Após a análise das produções incluídas, preencheu-se uma ficha para extração documental, composta pelos itens: identificação do artigo, procedência do estudo, área do conhecimento, objetivo e delineamento do estudo, nível de evidência e principais resultados. Foram respeitados os aspectos éticos, por meio da citação fidedigna das ideias, conceitos e definições empregadas pelos autores das produções utilizadas como resultados no presente estudo.

Resultados

A caracterização das produções incluídas (N=39) revelou que a maioria (31) consistia em pesquisas quantitativas. A avaliação crítica dos achados mostrou que a maioria dos estudos primários possuía sua questão clínica direcionada para o prognóstico/etiologia (22), com nível de evidência quatro (21). Houve predomínio de estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) (14). As áreas de conhecimento que se destacaram foram a Medicina (19) e a Interdisciplinar (17). Quanto à distribuição temporal, o arranjo quinquenal apontou a crescente publicação de estudos relacionados à temática de investigação entre os anos 2011 e 2015 (22) (Tabela 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção das produções, LILACS/PubMed/SCOPUS. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1 – Caracterização das produções analisadas, LILACS/PubMed/SCOPUS. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Variáveis	N	%
Abordagem do estudo		
Quantitativo	31	79,5
Qualitativo	5	12,8
Quali-quantitativo	3	7,7
Questão de pesquisa do estudo primário		
Prognóstico/etiologia	22	56,4
Tratamento/intervenção	11	28,2
Significado	6	15,4
Classificação da evidência		
Quatro	21	53,9
Dois	13	33,3
Três	3	7,7
Seis	2	5,1
Procedência		
EUA	14	36,1
África	12	30,8
Brasil	6	15,4
Europa	3	7,7
Holanda	1	2,5
Canadá	1	2,5
Curaçao	1	2,5
Índia	1	2,5
Área do conhecimento		
Medicina	19	48,8
Interdisciplinar	17	43,7
Enfermagem	1	2,5
Psicologia	1	2,5
Saúde Coletiva	1	2,5
Distribuição temporal		
2001-2005	5	12,8
2006-2010	12	30,8
2011-2015	22	56,4

Fonte: Elaboração própria.

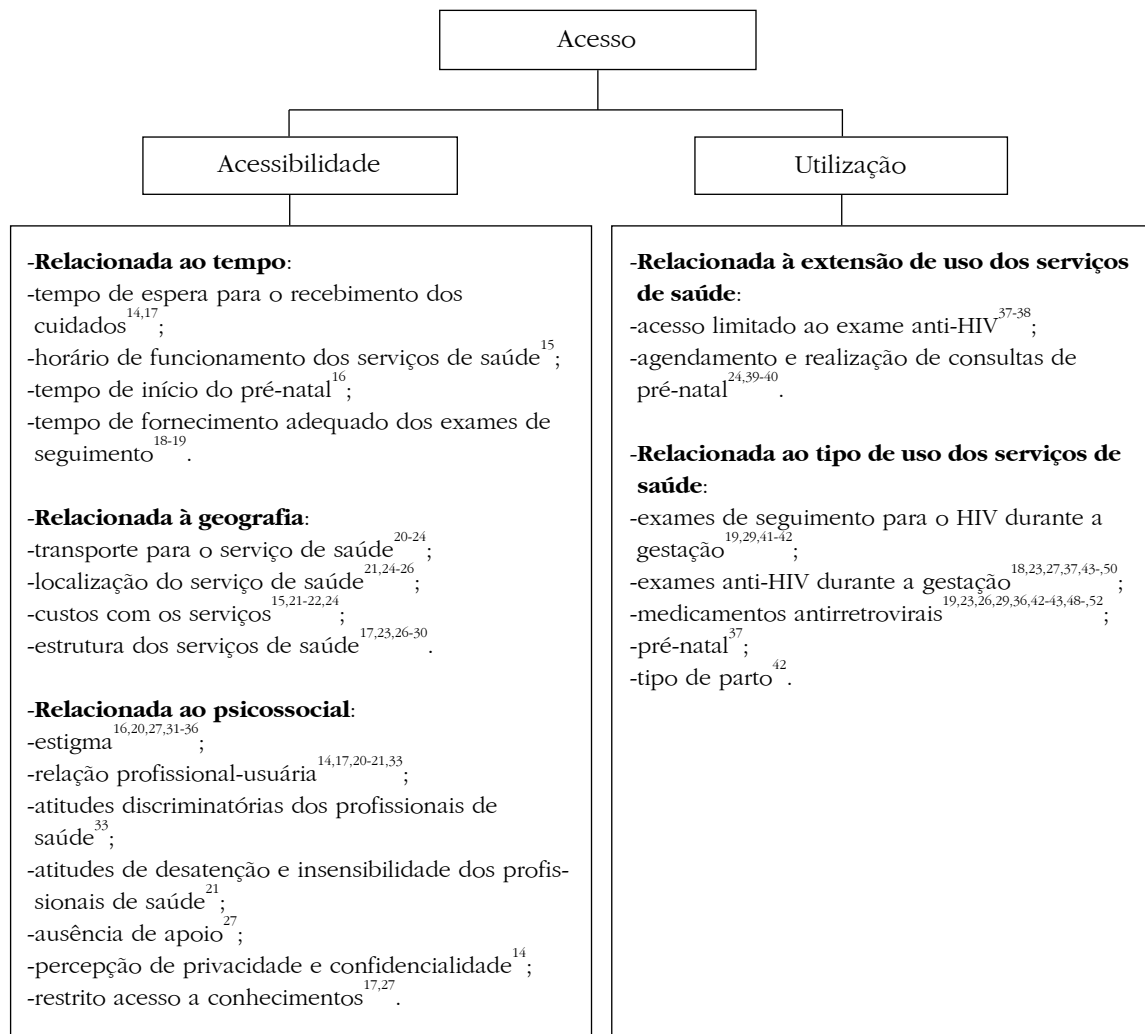
A análise descritiva dos principais resultados obtidos considerou a similaridade entre eles. Dessa maneira, foi possível estabelecer categorias para responder à pergunta do presente estudo, quais sejam: Acessibilidade – relacionada ao tempo, relacionada à geografia e relacionada ao psicossocial; e Utilização – relacionada à extensão de uso dos serviços e relacionada ao tipo de uso dos serviços (Figura 2).

Discussão

As evidências científicas da Acessibilidade apontam que a oportunidade de diagnóstico e

o tratamento dos casos de infecção pelo HIV têm esbarrado em aspectos estruturais como o tempo⁽¹⁴⁾, o horário de funcionamento dos serviços⁽¹⁵⁾ e a insuficiência de insumos para o manejo da infecção materna e prevenção da transmissão vertical do HIV⁽¹⁶⁾. Para essa população, o tempo de espera para recebimento dos cuidados é significativamente associado à satisfação geral com o serviço de saúde⁽¹⁷⁾. Isso mostra que, apesar do acesso ao serviço, as lacunas na disponibilização de ações de saúde com enfoque na infecção pelo HIV situam-se no início tardio do pré-natal⁽¹⁶⁾ e no fornecimento inadequado de exames de seguimento para o HIV⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Figura 2 – Evidências do acesso das gestantes vivendo com HIV nos serviços de saúde. LILACS/PubMed/SCOPUS. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015



Fonte: Elaboração própria.

Barreiras que dificultam a acessibilidade aos serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV relacionam-se também aos aspectos geográficos como o transporte⁽²⁰⁻²⁴⁾, a localização^(21,24-26), os custos^(15,21-22,24) e a estrutura dos serviços de saúde^(17,23,26-30), na qual existe a frequente rotatividade de profissionais e o estoque limitado de materiais essenciais⁽²³⁾. Tais dificuldades intensificam-se para as mulheres vivendo com HIV que residem em localidades distantes dos serviços de saúde^(21,25) com limitados recursos⁽²⁷⁾. Isso reflete no desconhecimento do *status* sorológico para o HIV⁽²⁵⁾, aumento dos custos para obtenção das ações de saúde⁽²¹⁻²²⁾ e na baixa aceitabilidade dos cuidados⁽²¹⁾. Nesse sentido, a integração entre os serviços de prevenção da transmissão vertical

e o manejo da infecção materna pelo HIV e o pré-natal poderia aumentar o contentamento das usuárias e, com isso, ampliar a utilização desses serviços^(17,23).

Quanto aos aspectos psicossociais que podem influenciar na acessibilidade tem-se o estigma^(16,20,27,31-36) como um obstáculo durante os procedimentos intraparto⁽³³⁻³⁵⁾, para a realização de testagem anti-HIV, adesão aos antirretrovirais⁽³¹⁾ e demais intervenções recomendadas para a prevenção da transmissão vertical do HIV^(27,32). Além disso, a ausência de apoio⁽²⁷⁾ e o restrito acesso a conhecimentos^(17,27) foram identificados também como dificultadores às estratégias de prevenção da transmissão vertical do HIV⁽²⁷⁾, sobretudo a utilização de antirretrovirais⁽³⁶⁾, da

testagem e do aconselhamento⁽¹⁴⁾. A percepção da privacidade e confidencialidade⁽¹⁴⁾, bem como a relação profissional-usuária^(14,17,20-21,33), quando permeada por atitudes discriminatórias⁽³³⁾, de desatenção e insensibilidade⁽²¹⁾, contribuem para o declínio da qualidade da atenção. No entanto, quando a relação entre a gestante e a equipe é positiva, a satisfação geral com o serviço pode ser alcançada⁽¹⁷⁾.

Com relação à Utilização dos serviços, as evidências científicas apontam falhas relacionadas à extensão de uso dos serviços de saúde. O acesso foi limitado ao exame anti-HIV⁽³⁷⁾ e a profilaxia mostrou-se incompleta, especialmente entre aquelas que engravidaram sem conhecimento de seu *status* sorológico⁽³⁸⁾. O agendamento e a realização de consultas de pré-natal^(24,39-40) no Brasil, embora gratuito, impõem dificuldades às gestantes vivendo com HIV para acesso ao atendimento especializado⁽³⁹⁾.

O tipo de uso dos serviços de saúde incluem exames de seguimento para o HIV durante a gestação^(19,29,41-42) e de anti-HIV^(18,23,27,37,43-50), antirretrovirais^(19,23,26,29,36,42-43,48-52), pré-natal⁽³⁷⁾ e tipo de parto⁽⁴²⁾. As evidências apontam que a ocorrência da transmissão vertical do HIV depende do diagnóstico materno⁽⁴³⁾ antes ou durante a gestação^(36,41), da quantificação da carga viral do HIV e contagem de linfócitos-T CD4+⁽⁴¹⁾. Para que seja possível incidir sobre esses fatores, tem-se como desafio expandir o rastreo e introduzir o teste rápido para o HIV na sala de parto⁽⁴⁴⁾, para que aumente o percentual de mulheres que recebam as intervenções para prevenir a transmissão vertical do HIV⁽⁴⁷⁾. Tais investimentos são importantes, tendo em vista o elevado número de parturientes que desconhecem seu *status* sorológico⁽⁴⁵⁾ e de mulheres que não recebem as medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV⁽⁴⁶⁾.

A melhora da abordagem terapêutica do diagnóstico da infecção pelo HIV pode auxiliar na ampliação da utilização dos antirretrovirais à qual associa-se também a redução da transmissão vertical⁽⁴³⁾. No Brasil, a dificuldade na obtenção do tratamento durante a gestação

e o parto tem contribuído para o aumento da transmissão vertical⁽⁵¹⁾. Apesar de se reconhecer que o cumprimento das consultas de pré-natal pode garantir a oferta das intervenções para a prevenção da transmissão vertical⁽⁵⁰⁾, a admissão tardia pode ser considerada um importante fator que prejudica a realização das estratégias de prevenção, como o diagnóstico e tratamento da gestante⁽¹⁸⁾.

Conclusão

Os resultados encontrados permitem concluir que a acessibilidade e a utilização dos serviços, a cada problema ou episódio de um mesmo problema pelas gestantes vivendo com HIV, esbarra em barreiras relacionadas ao tempo, à localização e aos aspectos psicossociais.

Os déficits relacionados à equipe, instalações e insumos para prevenção da transmissão vertical do HIV e o manejo da infecção materna refletem no descontentamento das usuárias com o serviço. Além de repercutir na utilização dos serviços, aponta que, independentemente do serviço de saúde considerar-se provedor de atenção, o acesso de primeiro contato será garantido se as usuárias assim o considerarem. O investimento e a qualificação da atenção à gestante vivendo com HIV aproximará a gestante do serviço, tornando possível a melhoria do acesso, independente de presença do HIV.

Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Raquel Einloft Kleinubing, Cristiane Cardoso de Paula, Tamiris Ferreira e Fernanda Severo da Silva;

2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Raquel Einloft Kleinubing, Cristiane Cardoso de Paula, Stela Maris de Mello Padoin e Tamiris Ferreira;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Raquel Einloft Kleinubing, Cristiane Cardoso de Paula, Stela Maris de Mello Padoin, Tamiris Ferreira e Fernanda Severo da Silva.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília; 2014.
2. Carvalhal LM, Anjos DS, Rozendo CA, Costa LMC. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2013;26(4):530-8.
3. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-74.
4. Oliveira RN, Takahashi RF. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. *Rev Saúde Coletiva*. 2011;8(54):234-8.
5. Silva GA, Reis VN. Construindo caminhos de conhecimentos em HIV/Aids: mulheres em cena. *Physis*. 2012;22(4):1439-58.
6. Macedo MR, Frauches DO, Macedo LR, Macedo CR. Crianças expostas à transmissão vertical do HIV: seguimento incompleto e sua possível implicação no desfecho. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2013;15(2):73-80.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
8. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. *PSICO*. 2012;43(3):350-67.
9. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2157-66.
10. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84-95.
11. Val LF, Nichiata LYI. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(spe):149-55.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
13. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt, editors. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
14. Kwapong GD, Boateng D, Agyei-Baffour P, Addy EA. Health service barriers to HIV testing and counseling among pregnant women attending Antenatal Clinic: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2014;19(14):267.
15. Ferguson L, Lewis J, Grant AD, Watson-Jones D, Vusha S, Ong'Ech JO, et al. Patient attrition between diagnosis with HIV in pregnancy-related services and long-term HIV care and treatment services in Kenya: A retrospective study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(3):90-7.
16. Sprague C, Chersich MF, Black V. Health system weaknesses constrain access to PMTCT and maternal HIV services in South Africa: a qualitative enquiry. *AIDS Res Ther*. 2011;8(10):1-9.
17. Vo BN, Cohen CR, Smith RM, Bukusi EA, Onono MA, Schwartz K, et al. Patient satisfaction with integrated HIV and antenatal care services in rural Kenya. *AIDS Care*. 2012;24(11):1442-7.
18. Kissin DM, Akatova N, Rakhmanova AG, Vinogradova EN, Voronin EE, Jamieson DJ, et al. Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(2):1-183.
19. Dryden-Peterson S, Bennett K, Hughes MD, Veres A, John O, Pradhananga R, et al. An augmented SMS intervention to improve access to antenatal CD4 testing and ART initiation in HIV-infected pregnant women: a cluster randomized trial. *PLoS One*. 2015;10(2):e0117181.
20. Iroezi ND, Mindry D, Kawale P, Chikowi G, Jansen PA, Hoffman RM. A qualitative analysis of the barriers and facilitators to receiving care in a prevention of mother-to-child program in Nkhoma, Malawi. *Afr J Reprod Health*. 2013;17(4):118-29.
21. Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2012;21(12):120.
22. Chivonivoni C, Ehlers VJ, Roos JH. Mothers' attitudes towards using services preventing mother-to-child

- HIV/AIDS transmission in Zimbabwe: an interview survey. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(11):1618-24.
23. Turan JM, Steinfeld RL, Onono M, Bukusi EA, Woods M, Shade SB, et al. The study of HIV and antenatal care integration in pregnancy in Kenya: design, methods, and baseline results of a cluster-randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7(9):1-12.
 24. Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Barriers to antenatal care use in Nigeria: evidences from non-users and implications for maternal health programming. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:95.
 25. Ononge S, Karamagi C, Nakabiito C, Wandabwa J, Mirembe F, Rukundo GZ, et al. Predictors of unknown HIV serostatus at the time of labor and delivery in Kampala, Uganda. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;124(3):235-9.
 26. Gourlay A, Wringe A, Todd J, Cawley C, Michael D, Mchemba R, et al. Factors associated with uptake of services to prevent mother-to-child transmission of HIV in a community cohort in rural Tanzania. *Sex Transm Infect.* 2015;91(7):520-27.
 27. Peltzer K, Mosala T, Shisana O, Nqueko A, Mngqundaniso N. Barriers to prevention of HIV transmission from mother to child (PMTCT) in a resource poor setting in the Eastern Cape, South Africa. *Afr J Reprod Health.* 2007;11(1):57-66.
 28. Washington S, Owuor K, Turan JM, Steinfeld RL, Onono M, Shade SB, et al. Implementation and operational research: effect of integration of HIV care and treatment into antenatal care clinics on mother-to-child HIV transmission and maternal outcomes in Nyanza, Kenya: results from the shaip cluster randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(5):e164-71.
 29. Herlihy JM, Hamomba L, Bonawitz R, Goggin CE, Sambambi K, Mwale J, et al. Integration of PMTCT and antenatal services improves combination antiretroviral therapy uptake for HIV-positive pregnant women in Southern Zambia: A prototype for option B+?. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;70(4):e123-29.
 30. Turan JM, Onono M, Steinfeld RL, Shade SB, Owuor K, Washington S, et al. Effects of antenatal care and HIV treatment integration on elements of the PMTCT cascade: results from the SHAIP cluster-randomized controlled trial in Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(5):e172-81.
 31. Kohler PK, Ondenge K, Mills LA, Okanda J, Kinuthia J, Olilo G, et al. Shame, guilt, and stress: community perceptions of barriers to engaging in prevention of mother to child transmission (PMTCT) programs in western Kenya. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28(12):643-51.
 32. Rahangdale L, Banandur P, Sreenivas A, Turan JM, Washington R, Cohen CR. Stigma as experienced by women accessing prevention of parent-to-child transmission of HIV services in Karnataka, India. *AIDS Care.* 2010; 22(7):836-42.
 33. Subramaniyan A, Sarkar S, Roy G, Lakshminarayanan S. Experiences of HIV positive mothers from rural South India during intra-natal period. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(10):2203-6.
 34. Medema-Wijnveen JS, Onono M, Bukusi EA, Miller S, Cohen CR, Turan JM. How perceptions of HIV-related stigma affect decision-making regarding childbirth in rural Kenya. *PLoS One.* 2012;7(12):1-8.
 35. Turan JM, Hatcher AH, Medema-Wijnveen J, Onono M, Miller S, Bukusi EA, et al. The role of HIV-related stigma in utilization of skilled childbirth services in rural Kenya: a prospective mixed-methods study. *PLoS Med.* 2012; 9(8):1-12.
 36. Duff P, Rubaale T, Kipp W. Married men's perceptions of barriers for HIV- positive pregnant women accessing highly active antiretroviral therapy in rural Uganda. *Int J Womens Health.* 2012;4(1):227-33.
 37. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2002;2(2):157-65.
 38. Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(2):131-8.
 39. Costa TP, Leal MC, Mota JC, Machado ES, Costa E, Vianna P, et al. Comparison of pregnancy characteristics and outcomes between HIV-infected and HIV-non-infected women in Brazil. *AIDS Care.* 2013; 25(6):686-90.
 40. Chabikuli ON, Gwarzo U, Olufunso A, Reidpath D, Allotey P, Ibrahim M, et al. Closing the prevention of mother-to-child transmission gap in Nigeria: an evaluation of service improvement intervention in Nigeria. *S Afr Fam Pract.* 2013;55(1):96-102.
 41. Succi RCM. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23suppl3:S379-89.

42. Hermanides HS, Van Vught LA, Voigt R, Muskiet FD, Durand A, Van Osch G, et al. Developing quality indicators for the care of HIV-infected pregnant women in the Dutch Caribbean. *AIDS Res Ther.* 2011;8(1):32.
43. Calvet GA, João EC, Nielsen-Saines K, Cunha CB, Menezes JA, D'Ippolito MM, et al. Trends in a Cohort of HIV-infected pregnant women in Rio de Janeiro, 1996-2004. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(3):323-37.
44. Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1153-59.
45. Lemos LMD, Gurgel RQ, Dal Fabbro AL. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(1):32-6.
46. Pádua E, Almeida C, Nunes B, Cortes Martins H, Castela J, Neves C, et al. Assessment of mother-to-child HIV-1 and HIV-2 transmission: an AIDS reference laboratory collaborative study. *HIV Med.* 2009;10(3):182-90.
47. Creek TL, Ntumy R, Seipone K, Smith M, Mogodi M, Smit M, et al. Successful introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007; 45(1):102-7.
48. Youngleson MS, Nkurunziza P, Jennings K, Arendse J, Mate KS, Barker P. Improving a mother to child HIV transmission programme through health system redesign: quality improvement, protocol adjustment and resource addition. *PLoS One* 2010; 5(11):1-8.
49. Delvaux T, Diby Konan J-P, Aké-Tano O, Gohou-Kouassi V, Bosso PE, Buvé A, et al. Quality of antenatal and delivery care before and after the implementation of a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Côte d'Ivoire. *Trop Med Int Health.* 2008; 13(8):970-9.
50. Sarnquist CC, Cunningham SD, Sullivan B, Maldonado Y. The effectiveness of state and national policy on the implementation of perinatal HIV prevention interventions. *Am J Public Health.* 2007; 97(6):1041-46.
51. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(4):483-92.
52. Stinson K, Boulle A, Coetzee D, Abrams EJ, Myer L. Initiation of highly active antiretroviral therapy among pregnant women in Cape Town, South Africa. *Trop Med Int Health.* 2010; 15(7):825-32.

Recebido: 12 de agosto de 2016

Aprovado: 17 de maio de 2017

Publicado: 13 de julho de 2017