



PREGNANT WOMEN WHO HAVE HIV / AIDS IN THE CONTEXT OF VERTICAL TRANSMISSION: VISIBILITY OF NATIONAL SCIENTIFIC PRODUCTION IN HEALTH

GESTANTES QUE TEM HIV/AIDS NO CONTEXTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL: VISIBILIDADE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

EMBARAZADAS QUE TIENEN VIH / SIDA EN EL CONTEXTO DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL: VISIBILIDAD DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA NACIONAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Tassiane Ferreira Langendorf¹, Stela Maris de Mello Padoin², Leticia Becker Vieira³, Cíntia Flores Mutti⁴

ABSTRACT

Objective: To analyze the production of scientific knowledge in the area of health in Brazil on the theme of women who have HIV / AIDS in the context of vertical transmission. **Methods:** Integrative review of selected articles in the LILACS database, the search conducted in the first half of 2010. It was used the keywords "pregnancy" and "HIV" and "1994-2009" and "pregnancy" and "acquired immunodeficiency syndrome" and "1994-2009." Inclusion criteria: research articles, 41 articles were selected. **Results:** From content analysis emerged two thematic categories: sociodemographic and clinical aspects of the vertical transmission, and health care of these women. **Conclusion:** Social, clinical and care aspects, such as low education, transmission by heterosexual relationship, stable relationship and lack of professional training underscore the need for strategies for the qualification of women's health care. There is need to include the theme in the training of professionals and continuing education in health services. **Descriptors:** Pregnancy, Acquired immunodeficiency syndrome, HIV, Women's health, Child health.

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção de conhecimento científico da área da saúde brasileira acerca da temática gestantes que tem HIV/AIDS no contexto da transmissão vertical. **Método:** Revisão integrativa de artigos selecionados na base de dados LILACS, a busca procedeu-se no primeiro semestre de 2010. Utilizaram-se os descritores "gravidez" and "HIV" and "1994-2009" e "gravidez" and "síndrome da imunodeficiência adquirida" and "1994-2009". Critérios de inclusão: artigos de pesquisa. Selecionou-se 41 artigos. **Resultados:** Emergiram da análise do conteúdo duas categorias temáticas: aspectos sociodemográficos e clínicos da transmissão vertical; e assistência à saúde dessas mulheres. **Conclusão:** Aspectos sociais, clínicos e assistenciais, como baixa escolaridade, transmissão por relação heterossexual, relacionamento estável e despreparo profissional ressaltam a necessidade de estratégias à qualificação da assistência a saúde das mulheres. Há necessidade de inclusão da temática na formação dos profissionais e educação permanente nos serviços de saúde. **Descritores:** Gravidez, Síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, Saúde da mulher, Saúde da criança.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción del conocimiento científico en el área de la salud en Brasil sobre el tema de las mujeres embarazadas que tienen VIH / SIDA en el contexto de la transmisión vertical. **Métodos:** revisión integradora de los artículos seleccionados en la base de datos LILACS, la búsqueda fue realizada en el primer semestre de 2010. Se utilizaron las palabras clave "embarazo" y "VIH" y "1994-2009" y "embarazo" y "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" y "1994-2009". Criterios de inclusión: artículos de investigación, 41 artículos fueron seleccionados. **Resultados:** Surgieron del análisis del contenido dos categorías temáticas: Aspectos sociales, demográficos y clínicos de la transmisión vertical, y el cuidado de la salud de estas mujeres. **Conclusión:** Aspectos sociales, clínicos y atención clínica, tales como el bajo nivel educativo, la transmisión heterosexual, pareja estable y falta de formación profesional subrayan la necesidad de estrategias para la cualificación de la atención de la salud de la mujer. Hay necesidad de incluir el tema en la formación y educación continua en los servicios de salud. **Descriptor:** Embarazo, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH, Salud de la mujer, Salud del niño.

^{1,4} Enfermeiras. Mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria RS. E-mails: tassilang@gmail.com, cfmutti@hotmail.com, (Bolsista CAPES⁴). ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com. ³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria RS. Bolsista CAPES. E-mail: lebvieira@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) vem consolidar os avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a ênfase na melhoria da atenção obstétrica. Também se propõe a contemplar questões referentes à prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, tendo em vista a redução da morbimortalidade por AIDS na população feminina¹.

Na maioria das vezes, o diagnóstico da AIDS é descoberto na gestação, durante a realização do pré-natal. Assim, torna-se visível a relevância de termos à frente dos serviços de saúde profissionais aptos a prestar a assistência necessária a esse segmento. Com vistas a uma maior abrangência da realização do pré-natal e de qualidade, oferta de testagem anti-HIV e acompanhamento humanizado da gestante que se encontra nessa condição sorológica².

No Brasil, os casos notificados de AIDS entre mulheres demonstram-se crescentes. Tendo 1.905 casos notificados entre 1980-1989, 57.738 casos entre 1990-1999 e 128.753 casos entre 2000-2009, quantificando um total de 188.396 no sexo feminino. À medida que se faz a comparação com o total de 356.427 casos no sexo masculino, observa-se que a razão de sexo (M:F) demonstra-se decrescente, passando de 15,1:1 em 1986 para 1,5:1 em 2006, se mantendo até 2009. Assim, evidencia-se uma progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, revelando a tendência de feminização no perfil da epidemia³.

Na situação da mulher que tem AIDS, emerge a possibilidade de transmissão do vírus durante a gestação. Na última década foram notificados 47.705 casos de gestantes com HIV no Brasil. Diante da magnitude da problemática, a

partir dos primeiros indícios da feminização da AIDS vêm se buscando estratégias de enfrentamento com vistas a minimização da transmissão vertical do HIV⁴.

Em 1994, os resultados do protocolo do *Pediatric Clinical Trial Group 076* (PACTG 076) comprovam que a utilização da Zidovudina (AZT) na gestante infectada e criança exposta pode reduzir em 70% a transmissão vertical do HIV⁸. No Brasil, como exemplo a uma das mais recentes estratégias elaboradas, tem-se o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, o qual norteia a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva considerando os componentes econômicos, socioculturais, raciais e étnicos que estruturam as desigualdade sociais⁴.

A mulher que tem HIV/AIDS e está gestando, se preocupa com a possibilidade de transmitir o HIV para seu filho; que implica em questões sociais tais como o preconceito e discriminação vivenciada, o silenciamento sorológico no âmbito do trabalho, social, familiar e por vezes do companheiro sexual⁵⁻⁷.

Ainda, convivem com a estranheza, dificuldade, dor e tristeza pela impossibilidade de amamentar. Essa situação remete diretamente à omissão do diagnóstico, pois as mulheres se deparam com o desafio de explicar à família e à sociedade a razão pela qual, cientificamente, não podem amamentar, bem como se exacerba a apreensão pelo que os outros podem dizer. Podendo, dessa forma, ocasionar restrição de sua rede social de apoio, configurando-se como obstáculo para a realização dos cuidados de saúde⁸⁻¹¹.

Nesse contexto, o profissional de enfermagem exerce papel relevante na assistência

às mulheres, realizando acolhimento, orientações quanto aos cuidados necessários durante a gestação no contexto da AIDS, planejamento familiar, opções de contracepção, bem como seus direitos reprodutivos. Nesse período deve ser reforçada, a cada oportunidade de orientação à gestante, a relevância de manter o acompanhamento clínico pediátrico do recém-nascido, garantindo a continuidade da profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Nessa perspectiva, é importante conhecer o que vem sendo realizado na área da saúde no Brasil, em relação à temática em questão. Sendo assim, questionam-se quais os aspectos sociais, clínicos e assistenciais evidenciados nas produções científicas acerca da temática HIV/AIDS na gestação? Para tanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a produção de conhecimento científico acerca da temática gestante que tem HIV/AIDS no contexto da transmissão vertical para o cuidado em enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual tem como objetivo reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, a fim de identificar lacunas do conhecimento apontando a necessidade de novos estudos¹².

Para tanto, foi realizada busca bibliográfica, em dois momentos, na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). No primeiro momento foram utilizados os descritores “gravidez” and “HIV” and “1994-2009”, a qual resultou um total de 95 documentos. No segundo momento foram utilizados os descritores “gravidez” and “síndrome da imunodeficiência adquirida” and “1994-2009”, resultando o total de 227 documentos. Somaram-

se 322 documentos.

Vale salientar que o recorte temporal adotado para essa busca se baseou em um marco político, o qual instituiu, em 1994, o Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical. Definiram-se como critérios de inclusão para a seleção dos documentos que seriam analisados: artigos de pesquisa, disponíveis online na íntegra e que abordassem a temática no Brasil. Após essa seleção foi realizado o cruzamento dos artigos obtidos no primeiro momento com os artigos obtidos no segundo momento, para que não houvesse repetição.

A partir da leitura prévia dos títulos e resumos, foram selecionados 41 artigos da área da saúde, os quais contemplaram texto completo disponível em suporte eletrônico. Quando o texto completo não esteve disponível diretamente na base de dados LILACS, foi desenvolvida a busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado (*homepage* da revista), no portal CAPES na seção periódicos, ou por meio do buscador *Google*.

Para a caracterização das produções científicas, utilizou-se uma ficha de mapeamento das produções, constituída das variáveis: ano de publicação; subárea de conhecimento; região da produção e tipo de estudo. Apresentou-se essa caracterização na forma de frequências absoluta e relativa, ilustradas em tabela. Na análise dos artigos na íntegra, utilizou-se a ficha de extração de dados das variáveis: objetivo; abordagem metodológica (quantitativa e qualitativa); método; cenário; sujeitos; resultados.

A análise dos dados deu-se a partir da análise de conteúdo do tipo temática, que conta com três etapas: pré-análise; exploração do material e interpretação dos resultados¹³. Foi realizada a leitura flutuante dos artigos e fichamentos (ficha de mapeamento e de extração de dados), a fim de possibilitar uma visão

abrangente do conteúdo. A leitura integral do artigo possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com o desenvolvimento da leitura exaustiva se deu a releitura dos textos, na medida em que foi desenvolvida a codificação cromática nos achados fichados foram elaboradas duas categorias temáticas. Assim, com referências dos autores e análise sintética dos textos, a fim de visualizar os textos de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes sob a ótica de diferentes autores, constituiu-se a etapa de interpretação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 41 artigos, listados com o código A de artigo e o número subsequente (A1, A2, A3...). Verificou-se que as regiões brasileiras de procedência das produções foram Sudeste 20 (48,77%), Intergional 7 (17,07%), Nordeste 6 (14,63%), Sul 5 (12,19%) e Centro oeste 3 (7,31%). A classificação da produção científica quanto ao domínio do conhecimento referente à área, demonstrou uma maior preocupação em se produzir sobre este tema na subárea da medicina 16 (39,02%), 13 (31,70%) produções foram elaborados por autores de equipe multiprofissional de saúde, 10 (24,39%) foram publicações de enfermeiros e 2 (4,87 %) de psicólogos.

A distribuição da produção científica, segundo a variável ano de publicação, demonstrou os seguintes resultados (Tabela 1).

Ano de publicação do artigo	N	%
1994 - 1997	1	2,43
1998 - 2001	3	7,31
2002 - 2005	15	36,58
2006 - 2009	22	53,65
Total	41	100,0

Tabela 1 - Distribuição dos artigos na temática gestantes que tem HIV/AIDS no contexto da transmissão vertical, segundo o ano de publicação. Brasil, 1994-2009.

As produções foram agrupadas por ano, quadriênio. O número de publicações se demonstra crescente nos últimos anos e em menor quantidade nos primeiros anos analisados. De 1994 a 1997 foi produzido 1 (2,43%) artigo, 1998 a 2001 3 (7,31%), 2002 a 2005 15 (36,58%) e 2006 a 2009 22 (53,65%).

No que se refere ao tipo de estudo, os 41 (100%) artigos são pesquisas. Aponta-se uma predominância de estudos no cenário hospitalar com total de 10 (24,39%) e 9 (21,95%) pesquisas documentais (Tabela 2).

Cenário	N	%
Hospital	10	24,39
Documental	9	21,95
Ambulatório de Hospital	5	12,19
Serviços especializados em HIV/AIDS	6	14,63
Mais de um cenário	6	14,63
Rede de atenção básica	2	4,87
Serviço de assistência domiciliar	1	2,43
Organização não governamental	1	2,43
Centro de fertilização assistida	1	2,43
Não identificado	1	2,43
Total	41	100,0

Tabela 2 - Cenário de pesquisa dos estudos analisados. Brasil 1994 -2009.

Da análise do conteúdo, emergiram duas categorias temáticas: Aspectos sociodemográficos e clínicos das mulheres quem têm HIV/AIDS; e Assistência à saúde das mulheres gestantes que têm HIV/AIDS.

Aspectos sociodemográficos e clínicos das mulheres quem têm HIV/AIDS

Ao analisar as produções científicas, observa-se que a grande maioria se encontra na faixa etária correspondente à idade fértil. Essa característica permite observar o maior risco de disseminação da doença via transmissão vertical, em função de se tratar de um período no qual a probabilidade da mulher vir a gestar é maior (A 1-11).

Outra característica que se salientou foi o grau de instrução dessa população, na qual predomina a baixa escolaridade. O

desconhecimento do diagnóstico, por deficiência na oferta de testagem e aconselhamento e reduzido número de consultas pré-natais, foi associado à baixa escolaridade, comparado a uma elevada procura por pré-natal e cuidado com a saúde pelas mulheres com maior escolaridade (A1, A2, A4, A5, A9, A11, A12).

No que se refere à profissão dessas mulheres, estudos apontam que essas realizam atividades profissionais restritas, predominantemente trabalhadoras do lar, ou estão desempregadas. Em menor proporção trabalham como domésticas, faxineiras, babás, profissionais do sexo. São provenientes de camadas sociais menos favorecidas necessitando, muitas vezes, de assistência financeira tal como, auxílio transporte e cesta básica (A2, A4-6, A12).

As relações de trabalho proporcionam que as mulheres conquistem sua identidade, sua autonomia e sintam-se úteis, auxiliando no enfrentamento das adversidades do convívio com o HIV/AIDS. Assim, buscam sair da condição de vítimas e assumem o papel de batalhadoras pela vida. O trabalho remunerado exerce influência relevante na adesão ao tratamento, uma vez que as medicações exigem alimentação adequada, deslocar-se às consultas requer recurso financeiro e por vezes há gastos com medicações extras, tais como vitaminas, antiinflamatórios entre outros¹⁴.

O estado civil é diversificado, ainda que predominem relacionamentos estáveis, tendo como principal via de transmissão a sexual, principalmente heterossexual. Outra forma de transmissão significativamente constatada foi por meio do uso de drogas endovenosas, as quais algumas gestantes ainda usam ou já usaram em algum momento de sua vida. Além disso, há elevado consumo de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas pelas gestantes (A3-4, A6, A13-15).

Em primeiro momento, após o

conhecimento do diagnóstico, é comum entre as gestantes a negação da doença, pois se sentem invulneráveis à infecção, visto que estão em um relacionamento estável e não acreditam que essa doença possa estar presente em seu ambiente familiar (A23).

Uma das principais preocupações das mulheres ao conhecer seu diagnóstico é definir a origem da infecção, uma vez que a maioria delas encontra-se em um relacionamento estável e durante toda a vida relatam ter uma vida sexual com número reduzido de parceiros. Com intuito de identificar as razões pelas quais as práticas preventivas não são utilizadas, emerge o desejo de ter filhos, confiança no parceiro, e principalmente a dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro (A7, A22, A24).

Nesse sentido, as mulheres se encontram vulneráveis à opressão relacionada aos seus parceiros, não tendo autonomia para tomar decisões e fazer escolhas em suas relações conjugais. Assim, a educação em saúde se torna uma ferramenta importante, viabilizando a compreensão da necessidade de as mulheres adotarem medidas preventivas em suas relações¹⁵.

Inúmeros casos de mulheres que têm sorologia positiva para o HIV são diagnosticados durante o pré-natal ou teste rápido no momento do parto, isso porque há a recomendação de que seja ofertado o teste nesse período. Dessa forma, a consulta de pré-natal se configura como o primeiro contato que a gestante tem com o serviço de saúde, denotando a relevância de nesse momento receber o atendimento integral que contemple seus direitos. Baixas taxas de transmissão vertical estão diretamente associadas ao diagnóstico realizado antes ou durante a gravidez e à assistência pré-natal de qualidade (A1-2, A7-8, A12, A16-18, A21, A33).

Embora a terapia anti-retroviral seja de

oferta universal no Brasil, ainda é grande a proporção de gestantes infectadas pelo HIV que não são sujeitas às ações profiláticas recomendadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Grande parte destas mulheres não tem acesso ao teste de HIV, seja pela sua condição social, seja por falhas no sistema de saúde. Dessa forma a ausência de detecção precoce da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão vertical¹⁶.

Elevado número de gestantes não planeja a gravidez, principalmente as que conhecem seu diagnóstico. Mesmo não planejando, a gravidez não é interrompida e há grande preocupação com a saúde do bebê, incentivando a adesão ao tratamento profilático da transmissão vertical. Em uma proporção menor de estudos, as mulheres planejam a gravidez, ainda que possam ter receio em relação a gestar e ter AIDS (A1, A18). A gestação, nesse contexto, pode levar as mulheres a ter reações de pânico e desespero diante da descoberta do diagnóstico de HIV/AIDS. Isso pode interferir na construção de sua identidade na condição de gestante, bem como o temor de transmitir o HIV para o filho¹⁷.

Ainda que não haja planejamento familiar de muitas mulheres que têm AIDS e engravidam, outras expressam o desejo de serem mães e constituírem família, planejando assim a gravidez, conscientes do seu diagnóstico. Acreditam que seguindo as orientações médicas e aderindo ao tratamento, seus filhos serão saudáveis. Comparam-se às outras gestantes, diferenciando-se apenas pelas medicações (A7, A24-26, A28, A30).

A multiparidade é comum entre essa população, podendo interferir no desejo de a

mulher ter filhos, além de conhecerem seu diagnóstico. Associado a situação socioeconômica que está inserida, é reforçada a idéia de não ter mais filhos. Apesar disso, não há planejamento familiar a fim de evitar novas gestações (A3, A12-13).

A indicação do antiretroviral, terapêutico ou para profilaxia da transmissão vertical, é capaz de manter a carga viral da gestante estável. Em contraponto, há elevado número de mulheres que iniciam o TARV em estágio avançado da gestação, em função do diagnóstico tardio, ou não aderem ao tratamento mesmo sabendo da sua condição sorológica (A4-5, A18 -19).

O início tardio do TARV potencializa o risco de transmissão vertical do vírus, uma vez que os níveis de carga viral estarão elevados. Essa potencialização é constatada ao serem confirmadas a soropositividade dos bebês das gestantes com essa característica. O diagnóstico precoce possibilita que a mulher tenha melhora na qualidade da assistência no pré-natal e no parto, com aumento das chances de diminuição da transmissão vertical do HIV (A16, A19).

Além do início tardio, outro fator dificultante na profilaxia da transmissão vertical do HIV é a não adesão ao tratamento. No entanto, a mulher assume esta ação à medida que tem conhecimento que dessa forma será possível melhorar suas condições de saúde e proteger seu filho¹⁴.

A transmissão vertical do HIV ocorre no período perinatal (28 a 33%), durante o parto (60 a 65%) e pós-parto por meio do aleitamento materno. A via de parto é indicada de acordo com os níveis de carga viral, a qual em baixos níveis se pode optar por parto vaginal, do contrário há indicação de cesárea eletiva e a transmissão por aleitamento materno é plenamente prevenível por supressão da lactação (A3-4, A11, A20).

Após a inserção da medicação universal gratuita dos antiretrovirais houve acentuado declínio da mortalidade por AIDS e melhora na qualidade de vida das pessoas. Apesar disso, há indícios de que a maioria absoluta dos óbitos por doenças infecciosas seja por AIDS (60,6%), sendo o grupo etário mais atingido de 25 a 29 anos. Os dados atuais não demonstram relação da aceleração da AIDS em mulheres grávidas, porém a doença pode implicar no risco de abortamento espontâneo (A15, A21).

Os avanços terapêuticos no que se refere ao tratamento medicamentoso têm proporcionado melhoria nas condições de saúde e consequente aumento na sobrevivência das mulheres gestantes que têm HIV/AIDS. No entanto, na maioria das vezes, esta evolução permanece na dimensão biológica, deixando à margem aspectos sociais que permeiam a doença, tais como o preconceito e discriminação¹⁸.

Assistência à saúde das mulheres gestantes que têm HIV/AIDS

Em face à feminização da epidemia da AIDS e, como consequência aumento da incidência de AIDS pediátrica, se fez necessária a elaboração de políticas específicas com vistas a redução da transmissão vertical da doença. Com base nos resultados publicados no *AIDS Clinical Trial Group* (ACTG 076), emerge a possibilidade de elaboração de estratégias eficazes e específicas à redução da transmissão vertical, visto que esse estudo apontou os benefícios do uso da Zidovudina (AZT) no binômio mãe e bebê (A17, A31).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar de maneira ampla a implementação de programas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Desde 1996, a inicialmente denominada Coordenação Nacional de DST e AIDS, hoje Programa Nacional de DST e

AIDS elencou como objetivo o controle da transmissão vertical do HIV e, para tanto, deu-se início a divulgação de ações preventivas (A11, A16).

Dentre as ações de atenção específica, destaca-se o manual denominado *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*, o qual preconiza como estratégia padrão que os serviços ofereçam testagem anti-HIV, aconselhamento pré e pós-teste e profilaxia com AZT, como principais ações de prevenção¹⁹.

No que diz respeito às escolhas reprodutivas das mulheres que têm AIDS essas, por sua vez, são relativamente respeitadas, pois em alguns casos os profissionais as visualizam com estranheza e preconceito o fato de querer ser mãe, dizendo-se não preparados para lidar com essas escolhas. Apesar disso, nem todos os desejos relacionados à reprodutividade da mulher são considerados, como exemplo o parto, no qual passa a ser uma prescrição deixando em segundo plano a vontade da gestante (A25-26, A29, A34).

Tendo como referência estudos científicos e a experiência de especialistas da área, o Ministério da Saúde publicou desde 2003 o *Consenso Nacional* com as seguintes recomendações profiláticas para prevenção da transmissão vertical do HIV no que se refere a escolha da via de parto: recomenda-se parto por cesariana eletiva quando a carga viral e" 1000 cópias / ml ou desconhecida e idade gestacional e" 34 semanas. E, recomenda-se parto vaginal quando a carga viral for < 1000 cópias / ml o indetectável e idade gestacional e" 34 semanas¹⁹.

Com base no que já foi comprovado sobre a profilaxia da transmissão vertical até o momento, pode-se afirmar que a promoção de intervenções que reduzam a carga viral materna é um dos principais fatores de contribuição para a redução.

Para tanto, reforça-se que o pré-natal configura um momento imprescindível, uma vez que deverá ser ofertado o teste anti-HIV a todas as gestantes para que, em caso positivo, possam dar início ao tratamento precocemente (A27).

Nesse ínterim, as gestantes infectadas pelo vírus da AIDS confrontam-se, nos serviços de saúde, com um conjunto de informações, prescrições e práticas com as quais necessitam de alguma forma, relacionar-se. Elas precisam aprender a utilizar adequadamente a medicação (tanto a sua como a do bebê), realizar os exames solicitados, e principalmente aceitar o tipo de parto indicado (A29).

Pesquisa realizada com gestantes com intuito de conhecer o significado da realização do teste anti-HIV durante o pré-natal, demonstrou que as mulheres consideram de extrema relevância a realização do teste para o cuidado com a saúde de seu filho. Relatam que o pré-natal é um excelente momento para oferta do teste visto que em nenhum outro momento lhes foi ofertado ou sentiam vergonha de solicitá-lo. Os resultados dessa pesquisa expressam a necessidade dos serviços aderirem às ações de prevenção (A18).

O aleitamento materno constitui outro fator que inquieta a mulher que tem AIDS, pois nesse contexto ela está recomendada a não amamentar. Isto traz repercussões, principalmente sociais e psicológicas, visto que a amamentação é preconizada pela sociedade como fator importante para o desenvolvimento imunológico da criança. Nessa situação, a mulher sente-se incapaz de proteger seu filho, pois não pode amamentá-lo. Além disso, emerge os sentimentos de incapacidade e frustração dessas mulheres por não poder amamentar, uma vez que esse é amplamente estimulado pela mídia e sociedade como um ato de amor, carinho e

cuidado com seu filho (A25, A27).

Ao descrever o contexto do cotidiano vivido por mulheres grávidas soropositivas para o HIV estudo aponta que preparar-se para viver o papel materno caracteriza-se pelas ações das gestantes quanto ao planejamento de funções relacionadas à maternidade que deverão assumir, assim que o filho nascer. Ter de abrir mão da amamentação é um fato que começa a ser elaborado durante a gestação, isto frustra as expectativas das gestantes soropositivas quanto ao papel materno idealizado para si¹⁷.

Tal condição que permeia a vida da gestante infectada, a qual reside na recomendação de não oferta do leite materno, e que, dirige-se na contramão dos programas de incentivo ao aleitamento materno, foi também verificado em pesquisa realizada com mulheres soropositivas, residentes no Distrito Federal: não poder amamentar é a etapa de mais difícil da aceitação, pois ao não amamentar percebem a pressão social, porque agem contrariamente ao papel social de mãe esperado pela sociedade²⁰.

Pelo fato da AIDS ser uma doença envolta por estigma, discriminação e preconceito, isso promove o silenciamento sorológico como uma maneira de proteção, para não sofrerem discriminação e preconceito. Nesse sentido, a impossibilidade de amamentar gera a preocupação de como irão explicar, aos amigos e demais pessoas que desconhecem o diagnóstico, porque não podem amamentar (A30).

Diante da vergonha do diagnóstico muitas mulheres ocultam a infecção. Uma vez que, frequentemente a revelação do diagnóstico traumatiza, causa sensação de medo do abandono e discriminação pelos familiares, companheiros e amigos²¹. O portador do HIV/AIDS aparece como dotado de comportamento ou de atitudes impróprias ao bem-estar social. Contudo a falta de

esclarecimento é responsável por situações conflituosas vividas pelas pessoas²².

Na realidade de casais sorodiscordantes, nos quais o homem tem AIDS, há a possibilidade de realização da reprodução humana assistida como forma de evitar a transmissão da doença para a parceira não infectada e para o filho. Apesar de essa ser uma técnica que não está ao alcance de toda a população, se consideradas as condições socioeconômicas, se demonstra como uma alternativa com considerável segurança aos casais que desejam ter filhos no contexto da AIDS (A10, A35).

A ocorrência da gestação no contexto da AIDS é visualizada como estímulo à adesão e continuidade do tratamento, uma vez que o bebê representa motivação para continuar vivendo. Dessa forma, intensificam os cuidados necessários para a prevenção da transmissão da doença para o bebê (A22, A25).

Segundo estudo qualitativo as gestantes soropositivas atribuem significado à atual gravidez e à maternidade. O filho que esperam passa a ser razão e sentido de sua vida neste momento. Para aquelas que não desejavam a gravidez, a chegada de um novo bebê significa a oportunidade de viver uma experiência que necessitam levar adiante e darem um sentido positivo para esta vivência. Para as mulheres cuja gravidez era desejada, a gestação é a concretização do projeto de vida estabelecido de tornarem-se mães e poder construir a identidade materna. O cuidar de si para impedir a evolução da doença deixa de ser a única razão e sentido de sua vida. A prioridade para se cuidar, acima de tudo, visa evitar que o filho se torne soropositivo¹⁷.

Em meio a esse cuidado emerge o medo, relacionado à gestação associada a AIDS, da infecção no bebê, da morte tanto da mãe quanto do bebê, de não ver o crescimento do filho. Ainda,

há o sentimento de culpa por terem se infectado expondo a saúde do bebê. O medo é ampliado ante a descoberta de sua sorologia pelas pessoas do convívio social, com receio do que irão pensar e comentar sobre a família sabendo que existe alguém com HIV (A23, A25-27).

Segundo achados de um estudo qualitativo o cotidiano da mãe portadora do HIV/AIDS é dominado por interrogações. Ela convive com a expectativa se o filho será ou não portador do HIV, se ela sobreviverá o suficiente para cuidar do filho ou se este ficará sob os cuidados da família. Todos os membros da família vivem intensamente esta expectativa, sem saber o futuro da mãe e do filho. Dúvidas, incertezas, geram ansiedade e desencadeiam nessas mulheres-mães a superproteção da criança nascida sob exposição do HIV²¹.

Muitas vezes a culpa e o sofrimento pela saúde do bebê estar em risco são reforçados pela carência das informações quanto à prevenção da transmissão vertical. Não sabem da possibilidade de o bebê nascer e não desenvolver a doença, desde que o tratamento profilático seja seguido adequadamente. Essa falta de informação é motivo de grande sofrimento, pois há preocupação com a saúde de seu filho (A28).

São frequentes as lacunas encontradas nos serviços de saúde referentes à carência de informações, de oferta de testagem à gestante, de aconselhamento pré e pós teste. Em alguns casos, há a centralização do aconselhamento em um só profissional, reduzindo a possibilidade de conformação de uma equipe multiprofissional. Não são raros os casos em que são realizados testes anti-HIV sem o consentimento da gestante, em meio aos testes de rotina do pré-natal (A11).

Estudo aponta o escasso conhecimento das mulheres sobre o momento ideal para conceber e os cuidados necessários para o controle da

infecção pelo HIV no pré-natal, parto e puerpério. Estas são questões pouco reforçadas ou não esclarecidas durante os seguimentos de saúde. Nesse contexto, o aconselhamento pré e pós-teste têm grande importância para conscientizar essas mulheres acerca dos cuidados com a saúde. Tais momentos são indispensáveis com vistas a orientá-las para viver o processo de maternidade devidamente esclarecido, uma vez que este terá peculiaridades dependentes de cuidados diferenciados para os quais se exigem serviços e profissionais de saúde especializados²¹.

Nesse sentido, estudos apontam para a falta de preparo dos profissionais envolvidos com o atendimento a essa população como uma das principais carências do sistema de saúde. Como forma de superar tal situação, sugerem o incentivo à qualificação dos profissionais de saúde para que assistam às gestantes seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (A9). Faz-se necessário ainda, seja no contexto da transmissão vertical que a saúde reprodutiva inclua a promoção da saúde, investigação, consciência social, equidade no acesso aos serviços, legislação adequada, colaboração e participação de profissionais de saúde e a inclusão de homens e mulheres em todas as atividades²².

A falha na assistência pré-natal em diagnosticar precocemente a infecção pelo HIV na gestação é um dos fatores que contribuem substancialmente para o crescimento do índice de infecção perinatal. O diagnóstico tardio reflete no início do tratamento em estágio avançado da gestação, aumentando a possibilidade da criança desenvolver a doença. Além disso, o diagnóstico tardio foi associado ao óbito de mulheres por AIDS, constatando que em 35% dos casos o intervalo entre data do diagnóstico e óbito foi menor que 12 meses (A13, A15, A36).

A eficácia no aumento da cobertura da

assistência pré-natal não será satisfatória tendo continuidade as deficiências comumente encontradas. Dentre elas se destacam o início tardio de acompanhamento, a baixa qualidade do atendimento, o déficit de práticas educativas dentre outros. A associação desses fatores identificados como carências, à medida que convertidos a fim de potencializar o serviço, são capazes de contribuir significativamente à adesão ao tratamento (A37).

Os mesmos autores constataram que dentre as 27 unidades de saúde onde desenvolveram sua pesquisa, nenhum dos serviços realizavam aconselhamento pré e pós-teste, nem mesmo os que relataram informar sobre a testagem. Ainda, não há ampla oferta de testagem nesses serviços, bem como os profissionais não são qualificados para o aconselhamento. Esses achados assemelham-se a situação de inúmeros outros serviços do país, os quais se refletem no aumento do número de casos de AIDS pediátrica por transmissão vertical (A37).

Em contra partida à falha assistencial, estudo realizado entre 1996 e 2004, aponta que o número de realização de consultas pré-natais aumentou, considerando o período estudado. Além disso, foi observada uma diminuição da idade gestacional no início do tratamento. Esses dados retratam fatores importantes à adesão da gestante ao tratamento profilático da transmissão vertical, desde que aliados ao aconselhamento adequado. Vislumbra-se, com a elaboração de políticas e programas específicos à temática, a expansão desses dados a fim de evitar o avanço da epidemia (A38).

Ainda que haja aumento da procura pelo pré-natal e oferta universal de testagem, há o despreparo profissional para o atendimento a essa população. Visualiza-se essa situação em estudo realizado na região metropolitana de São Paulo,

na qual há grande procura das gestantes por assistência pré-natal, principalmente na rede pública, e a grande maioria realizou o teste anti-HIV. Porém, o conhecimento que tinham sobre a doença e maneira de prevenir se restringiu ao que lhes foi passado pela mídia, sem intervenção de profissionais de saúde. Assim, ressalta-se a necessidade de qualificação desses profissionais, principalmente os da rede pública, na qual a procura por assistência é maior (A2).

Essa deficiência também é observada quanto às orientações de planejamento familiar das famílias que vivenciam a AIDS, pois essas procuram sanar suas angústias e compartilhar receios quanto ao desejo de ter filhos com os profissionais de saúde. Tal deficiência vem sendo identificada como uma falha ainda muito comum. Os próprios profissionais de saúde se consideram despreparados para lidar com o desejo que muitos casais que têm HIV têm de ter filhos (A25-26, A39).

A carência na atuação profissional é igualmente observada até o último momento do ciclo gravídico, ou seja, até o momento do parto. Estudo realizado em uma maternidade do nordeste constatou-se que a maioria das gestantes não havia realizado o teste durante o pré-natal sendo ofertado assim o teste rápido no momento do parto. Também foi ofertado o teste rápido a gestantes que tinham diagnóstico prévio, demonstrando mais uma vez o desconhecimento dos profissionais frente aos procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde (A5).

Deve-se considerar que há situações em que as gestantes têm dificuldade de acesso ao pré-natal de alto risco devido a fatores como: situação financeira frágil de transporte ao atendimento pré-natal, falta de rede de apoio para cuidar dos demais filhos, demora na entrega dos resultados laboratoriais, falta de comunicação

entre profissional de saúde e gestante. Tais fatores podem levar ao desinteresse da gestante no cuidado a sua saúde e de seu filho, tendo como consequência a não adesão ao tratamento, ainda que seja ofertado um sistema gratuito e universal de terapia antiretroviral, a qual possibilita o aumento significativo de sobrevivência das pessoas que têm HIV/AIDS (A23, A40).

O aumento da cobertura da atenção pré-natal pode não ter o impacto esperado sobre a transmissão materno-fetal da AIDS, a morbidade e a mortalidade materna e perinatal se persistirem as deficiências comumente encontradas: acesso restrito às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, início tardio do pré-natal, falta de qualidade da consulta, escassez de práticas educativas²³.

A falta de interesse da gestante pode levar a procura tardia pelo serviço de saúde e como consequência a realização incompleta do TARV profilático. Além disso, a relação construída entre profissional e paciente é capaz de contribuir positivamente à adesão ao tratamento, em especial os programas de prevenção com abordagem multidisciplinar. O fato da não adesão em casos em que as gestantes sabem de sua condição sorológica é preocupante, conforme dados de um estudo realizado em Porto Alegre, RS, em que 52 gestantes não realizaram tratamento durante a gestação. Tal situação nos remete a pensar que apesar de todo o suporte ofertado pelas políticas públicas ainda não se consegue total abrangência (A3).

Um dos indicadores da baixa adesão das gestantes ao tratamento pode ser visualizado com o resultado de pesquisa realizada a partir do registro de dispensação da farmácia, a fim de avaliar a adesão ao TARV, a qual demonstrou que há alta irregularidade de retirada de medicação, bem como desistência do tratamento (A41). Todas

as mulheres grávidas têm acesso ao AZT se seu teste resultar positivo. Na prática, contudo, isto nem sempre acontece. Faz-se, portanto, urgente o entendimento de como preparar os profissionais e os serviços para a discussão de formas de atenção mais adequadas à resolução dessa questão primordial para mulheres que têm HIV/AIDS, de modo que são necessários os serviços promover um ambiente de apoio para essas mulheres e seus parceiros e desenvolvam estratégias que permitam às pessoas soropositivas para o HIV aumentar sua habilidade para atuar como agentes de suas vidas sexuais e reprodutivas²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere aos aspectos sócio-demográficos e clínicos das mulheres que têm HIV/AIDS evidenciou-se nos artigos que a baixa escolaridade dessas mulheres relaciona-se com a baixa adesão ao acompanhamento da sua condição clínica e obstétrica. Neste perfil, as mulheres que têm HIV/AIDS necessitam de assistência financeira por meio de auxílios governamentais ou não. Há prevalência do modo de transmissão por meio de relação heterossexual e uso de drogas injetáveis, reflete a manutenção da concepção que o relacionamento estável diminui a vulnerabilidade das mulheres. Tem-se também a situação da multiparidade e da gestação não planejada associadas ao diagnóstico da soropositividade ao HIV no pré-natal ou no parto, o que implica, na maioria das vezes, no início tardio do tratamento.

Tem-se concentrado esforços na elaboração e, especialmente, implementação de estratégias com vistas à redução da transmissão vertical do HIV. Porém, diante desse panorama evidencia-se a necessidade de estratégias com vistas à qualificação da assistência integral a saúde das mulheres, não só daquelas que têm HIV/AIDS, como também das que não tem. Mais

especificamente a qualificação do planejamento reprodutivo, do acesso precoce e a adesão ao pré-natal.

No que se refere ao perfil sociodemográfico demonstrou-se a necessidade de ações de projetos sociais por meio da ampliação da renda familiar com inclusão produtiva, bem como ações de cunho educativo relacionando-se a compreensão da mulher acerca de sua vulnerabilidade. O que requer a adoção de metodologias ativas que proporcionem a autonomia do sujeito.

Ainda que haja políticas públicas que contemplem os direitos das pessoas que convivem com HIV/AIDS e especificamente a mulher que possui o vírus, há a necessidade de implantação de tais políticas nos serviços de saúde para que assim as políticas possam ser efetivadas. Mesmo depois de três décadas do princípio da epidemia, os profissionais de saúde ainda demonstram-se despreparados para assistir integralmente essa população.

Nesse sentido, denota-se a relevância da qualificação dos profissionais para realização do aconselhamento pré e pós-teste, pois inúmeras vezes o aconselhamento ocorre de forma inadequada ou não é realizado. O aconselhamento, realizado como preconizado pela política pública que o respalda, interfere positivamente na adesão ao tratamento, e é percebido pelas mulheres como de extrema relevância, assim, evidencia-se a necessidade de os profissionais se qualificarem para a realização do aconselhamento.

A infecção pelo HIV transcende a dimensão biológica repercutindo socialmente na vida da pessoa que tem AIDS. As principais manifestações dessa repercussão se demonstram por meio do preconceito e discriminação a que essa população é submetida, provenientes tanto do meio familiar quanto social e do profissional. A exposição a

situações de discriminação e preconceito são capazes de potencializar a evolução da doença, implicando também na não adesão ao tratamento. Além disso, os profissionais de saúde encaram com estranheza o desejo das mulheres que têm HIV/AIDS terem filhos.

No entanto, as mulheres que têm HIV/AIDS diante de uma gestação planejada ou não, por vezes, devido a carência de informações, sentem culpa e medo de infectar a criança. O déficit no aconselhamento pré e pós-teste e o início tardio no acompanhamento pré-natal, apontou também o aumento da morbimortalidade das mulheres. Ainda neste contexto, o fato de a mulher não poder amamentar foi referenciado como a etapa mais difícil da aceitação.

Tais evidências reforçam a necessidade de inclusão da temática na formação dos profissionais de saúde e da educação permanente nos serviços de saúde. Recomenda-se que tais ações educativas incluam a discussão da necessidade de interlocução entre as políticas públicas de saúde para as mulheres, as crianças, aleitamento materno, prevenção e assistência da AIDS.

Mas, se muito se sabe sobre os aspectos clínicos da transmissão vertical do HIV, aponta-se que pouco se sabe ainda sobre como as gestantes vivenciam este período, ressaltando a importância de estudos nesta direção. Por fim, este estudo proporcionou a análise da produção de conhecimento científico na temática, não obstante tenha sido realizada somente em uma base de dados, permitiu visualizar as características que configuram a assistência à mulher que têm HIV/AIDS com vistas a prevenção da transmissão vertical. Dessa forma, pode-se observar que mesmo diante dos intensos investimentos em estratégias para a prevenção da transmissão vertical do HIV, ainda há o que ser conquistado para a eficácia das tais estratégias.

No que se refere à enfermagem, o profissional enfermeiro é quem, na maioria das vezes, estabelece o primeiro contato com a mulher na unidade de saúde. É, dessa forma, quem realiza o acolhimento, ação fundamental para os primeiros passos na construção de uma relação de confiança entre mulher e profissional. Tal relação reflete num melhor entendimento sobre a necessidade do tratamento de forma que a mulher tenha aderência a este.

REFERÊNCIAS ANALISADAS

- A1. Vaz MJR, Barros SMO. Gestantes Infectadas pelo HIV - caracterização e diagnósticos de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*. 2002. 15(2): 9-17
- A2. Praça NS, Latorre MRDO. Saúde Sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Revista Brasileira de saúde Materno Infantil*. 2003. 3 (1): 61-74
- A3. Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Caderno de Saúde Pública*. 2005. 21(2):581-588
- A4. Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALP, Pinto JA. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de saúde Materno-Infantil*. 2006. 6 (3): 329-334.
- A5. Barroso LMM, Bruno ZV, Herculano MMS, Galvão MTG. Caracterização de gestantes com teste rápido positivo para HIV em Fortaleza - CE. *Ver. RENE*. 2007. 8(3)86-93
- A6. Cardoso AJC, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB, Remien RH. Infecção pelo HIV entre

gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. *Revista de Saúde Pública*. 2007. 41(Supl. 2):101-8

A7. Cardoso AJC, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB, Remien RH. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. *Revista de Saúde Pública*. 2007. 41(Supl. 2):101-8

A8. Succi RCM. Transmissão vertical do HIV no Brasil em 2000 e 2001: resultados de um estudo multicêntrico. *Caderno de saúde Pública*. 2007. 23(Sup 3):S390-S401

A9. Torres SR, Luz AMH. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. *Revista Gaúcha de enfermagem*. 2007. 28(4):505-11.

A10. Queiroz P, Tanil CT, Madaschi C, Lopes DR, Junior AI, Pasqualotto FF, Junior EB. Obtenção de gametas seguros por meio de associação de técnicas de processamento seminal para casais sorodiscordantes para HIV. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia*. 2008. 30(4):171-6

A11. Veloso VG, Portela MC, Vasconcellos MTL, Matzenbacher LA, Vasconcelos ALR, Grinsztejn B, Bastos FI. Testagem anti-HIV em mulheres grávidas no Brasil: taxas e preditores. *Revista de Saúde Pública*. 2008. 42(5):859-67.

A12. Neto LFS, Silva SC, Condi GG, Pinto PCC, Novo NF. O impacto do conhecimento prévio da soropositividade em parturientes. *Jornal brasileiro de DST*. 2002. 14(5): 20-24.

A13. Castro TPT, De Lorenzi DRS, Tonin C, Zapparoli M. HIV e Gestação. *Revista científica da AMECS (Associação Médica de Caxias do Sul)*. 2001. 10(1)

A14. Parenti CF, Pereira LMR, Brandão ZS, Silvério APC. Perfil dos pacientes com aids acompanhados pelo serviço de assistência domiciliar terapêutica do município de Contagem, estado de Minas

Gerais, Brasil, 2000-2003. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2005. 14(2): 91 - 96

A15. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Morte por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009. 55(1):64-9.

A16. Cavalcante MS, Junior anR, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão Vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2004. 26(2)

A17. Lemos LMD, Gurgel RQ, Fabbro ALD. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005. 27(1): 32-6

A18. Praça NS, Barrancos JTG. Teste anti-hiv e aconselhamento no pré-natal: percepção de puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2007. 28(1):106-16.

A19. Paolino BM, Araoz OKV, Wing ACM, Silva ALF, Rocco R, Lauria C, Brindeiro R, Bento CAM. Produção de interleucina-10 na gestação reduz a taxa de replicação do HIV-1 em culturas de linfócitos maternos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005. 27(7): 393-400

A20. Melo VH. A Transmissão Materno-Fetal do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). *Feminina*. 1999.

A21. Spíndola T, Alves CF. Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. *Revista da Escola de enfermagem da USP*. 1999. 33(1): 66-80

A22. Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação Psicológica*. 2006. 10(2): 345-355.

A23. Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM.

Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007. 60(5): 519-23

A24. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*. 2002. 36(4 Supl):12-23

A25. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem*. 2004. 13(3):414-9

A26. Silva NEK, Alvarenga AT, Ayres JRMC. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Revista Saúde Pública*. 2006. 40(3):474-81

A27. Romanelli RMC, Cardoso CS, Lin EMR, Goulart LHF, Aguiar RALP, Pinto JA. Experiências referentes à Contracepção por Mulheres sabidamente Infectadas pelo HIV que engravidam. *J bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(1): 16-21.

A28. Moura EL, Praça NS. Transmissão Vertical Do HIV: Expectativas E Ações Da Gestante Soropositiva. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. 2006. 14(3):405-13

A29. Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K, Pegoraro M, Fachini R. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. *Interface - Comunicação, saúde, educação*. 2002. 6(11):39-54

A30. Azevedo AF, Guilhem D. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/AIDS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2005. 17(3): 189-196

A31. Cavalcante MS, Junior ANR, Pontes LRSK. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância de gestantes infectadas pelo HIV. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2005. 14(2): 127-133.

A32 Moreira KAP, Braga LO, Vieira AMLM, Queiroz MVO. Conhecimento de gestantes sobre o exame

anti-HIV no pré-natal. *REV. RENE*. 2006 7(3):63-69

A33. Neves FRAL, Passos ADC, Gueleri WL. 39. Disponibilidade de sorologia anti-HIV como um teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 1999. 33 (6):624-25.

A34. 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. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005. 5 (4): 483-492

A35. Ortigão-De-Sampaio MB, Castello-Branco LRR. 40. Imaturidade imunológica fetal e neonatal: implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças. *Revista da associação médica brasileira*. 1997. 43(1): 29-34.

A36. Turchi MD, Duarte LS, Martelli CMT. Transmissão vertical do HIV: fatores associados e perdas e perdas de oportunidades intervenção em gestantes atendidas em Goiânia, Goiás, Brasil. *Caderno de saúde Pública*. 2007. 23(Sup 3):S390-S401.

A37. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. *Revista brasileira de saúde materno infantil*. 2002. 2 (2): 157-165

A38. Calvet GA, João EC, Saines KN, Cunha CB, Menezes JÁ, d'Ippolito MM, Cruz MLS, Martins EB, Silva SMS, Medeiros AF, Matos HJ. Tendências temporais observadas em uma coorte de gestantes infectadas pelo HIV acompanhadas no Rio de Janeiro de 1996 a 2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007. 10(3): 323-37

A39. Sant'anna ACC, Seidl EMF, Galinkin AL. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. *Estudos de Psicologia*. 2008. 25(1):101-109

A40. Matida LH, Junior ANR, Moncau JEC, Marcopito LF, Marques HHS, Succi RCM, Negra MD,

Hearst N. AIDS por transmissão vertical: análise de sobrevivência dos casos acompanhados entre 1983 e 2002 nas diferentes regiões do Brasil. *Caderno de saúde Pública*. 2007. 23(Sup 3):S435-S444.

A41. Gomes RRFM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia antiretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Caderno de Saúde Pública*. 2009. 25(3):495-506

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 82 p. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. *Texto & Contexto Enfermagem*. jul-set 2004; 13(3):414-419.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico Aids e DST, versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Versão Revisada. Brasília, DF. Julho 2009.
5. Romanelli RMC, Cardoso SC, Lin EM, Goulart LHF, Aguiar RALP, Pinto, JÁ. Experiências Referentes à Contracepção por Mulheres Sabidamente Infectadas pelo HIV que Engravidam. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(1):16-21.
6. Preussler GMI, EIDT, Olga R. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(1):117-25.
7. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(2):145-149.
8. Coriolano MWL, Vidal ECF. Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais. *Rev Rene*. 2008; 9(1):77-85.
9. Vieira M, Padilha MI, Santos EKA. Histórias de vida: mãe e filho soropositivo para o HIV. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(1):33-40.
10. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 3(2):359-365.
11. Padoin SMM, Souza IEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. *Texto Contexto Enferm: Florianópolis*, Jul-Set 2008; 17(3):510-518.
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*, Florianópolis, Out-Dez 2008; 17(4): 758-64.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC-BRASCO; 2004.
14. Costa DAM, Zago MMF, Medeiros M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(5):631-7.
15. Guedes TG, Moura ERF, Paula NA, Oliveira NC, Vieira RPR. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a dst/hiv/aids. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2009; 21(3):118-123.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jul./set. 3(3):2109-25

16. Souza Junior PRB, Szwarcwald CL' Júnior AB, Carvalho MF, Ayres de Castilho E. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004; 38(6): 764- 72.
17. Moura EL, Kimura AF, Praça NS. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(2):206-11.
18. Martins JT, Garanhani ML, Robazzi MLC, Santos WC. Significados de qualidade de vida para mulheres convivendo com AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) dez 2008; 29(4):619-25.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
20. Sant'Anna ACC, Seidl EMF, Galinkin AL. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. *Estud Psicol (Campinas)*. 2008; 25(1):101-9.
21. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*, Brasília maio-jun 2010; 63(3): 371-6.
22. Schirmer J. Formação de recursos humanos versus o direito das mulheres à atenção qualificada na saúde reprodutiva. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) set 2006; 27(3):331-5.
23. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-hiv. *Rev. RENE*, abr.-jun. 2009; 10(2):122-130,.
24. Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-

puerperal: o olhar da integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro June 2010; 15(supl.1).

Recebido em: 14/01/2011

Aprovado em: 02/05/2011