



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

GABRIELA CAMPOS DE FREITAS FERREIRA
JULIETTE NOBRE DOS SANTOS SILVA

**COMPREENSÃO DE GESTANTES HIV POSITIVAS SOBRE HIV/AIDS E
TRANSMISSÃO VERTICAL**

BELÉM-PA

2018

GABRIELA CAMPOS DE FREITAS FERREIRA
JULIETTE NOBRE DOS SANTOS SILVA

**COMPREENSÃO DE GESTANTES HIV POSITIVAS SOBRE HIV/AIDS E
TRANSMISSÃO VERTICAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade de Enfermagem, da Universidade
Federal do Pará (UFPA), como requisito para
a obtenção do grau de Bacharelado e
Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Msc. Danielle Saraiva
Tuma dos Reis.

BELÉM – PA

2018

GABRIELA CAMPOS DE FREITAS FERREIRA
JULIETTE NOBRE DOS SANTOS SILVA

**COMPREENSÃO DE GESTANTES HIV POSITIVAS SOBRE HIV/AIDS E
TRANSMISSÃO VERTICAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de
Enfermagem, da Universidade Federal
do Pará (UFPA), como requisito para
a obtenção do grau de Bacharelado e
Licenciatura em Enfermagem.

Orientado pela: Profa. Msc. Danielle
Saraiva Tuma dos Reis.

Data de aprovação: __/__/____
Conceito:

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Msc. Danielle Saraiva Tuma dos Reis- FAENF/UFPA
(Orientadora)

Prof.^a Msc. Esleane Vilela Vasconcelos- FAENF/UFPA
(Membro)

Enf.^a Esp.^a Janete Abreu Corrêa- UREMIA/SESPA
(Membro)

BELÉM – PA
2018

Dedicamos primeiramente a Deus, pois sem sua força e sua misericórdia nada conseguiríamos, e aos nossos pais e familiares que trilharam conosco esta linda trajetória, sempre nos dando a força necessária para continuarmos.

Amamos muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A gratidão é forma mais justa e verdadeira de demonstrar amor ao nosso próximo, por isso começo agradecendo primeiramente a Deus por ter me concedido mais essa oportunidade de vida, de aprendizado, de evolução. Mais uma encarnação na qual me dedicarei a traçar o melhor caminho em direção a meu aperfeiçoamento moral. Para isso acredito que escolhi a profissão certa. Minha missão está só começando e meu modelo de vida sempre será Jesus Cristo.

A minha mãe Leda Campos que com seu exemplo de vida me faz a cada dia querer ser uma pessoa melhor, sem sua força eu já teria desistido, sem seu amor não seria quem sou. A minhas irmãs de sangue e de alma, Rafaela e Bianca, que com suas diferenças me fazem entender o verdadeiro significado de amar. São essas três mulheres que fazem a minha existência feliz. Não consigo dizer em palavras o quanto sou grata por dividir essa vida com elas. Ao meu avô Luiz Paulo que com sua incansável perseverança e energia se faz o meu maior exemplo de homem. E não posso deixar de citar meu padrasto Diogo que recentemente também me ajudou muito nessa caminhada.

Aos meus companheiros de jornada Victoria, Suzayne, Ricky, Aryel e Nathália que compartilharam comigo as alegrias e os desafios desta graduação e me ensinaram tanto com sua inteligência e dedicação. Com eles aprendi o significado do trabalho em equipe e, cada um foi um exemplo pra mim. E agradecimento mais que especial a minha amiga e companheira Juliette, que embarcou comigo nessa ideia, sendo essencial para que tudo isso se tornasse realidade.

Aos meus amigos mais próximos Victoria, Alexis e Naia que me ensinaram o valor da amizade. Antes deles não entendia o amor que pode existir entre os amigos, e quanto esse amor é importante. Foram tantos momentos compartilhados, tantos momentos que me fizeram ser tao feliz por tê-los. A todos os meus amigos, a todas as pessoas que cultivei e cativei durante esse período, espero poder sempre dar o melhor de mim pra vocês.

A UFPA por ser a instituição de ensino que escolhi para me formar, por todos os professores do seu corpo docente, é difícil mensurar a importância desses profissionais em nossas vidas, mas basta dizer que somente através deles tudo isso se tornou possível. Em especial a nossa orientadora professora Danielle Tuma que abraçou este projeto e contribuiu para sua realização, e também a professora Johanna Menegaz que mesmo indiretamente esteve presente, através de seus ensinamentos, na construção deste trabalho.

Aos clientes com as quais tivemos a honra de colocar em prática nossos ensinamentos teóricos, pessoas que se colocaram à disposição de nosso aprendizado e, com as quais nós aprendemos coisas muito mais importantes do que conteúdos de aula, aprendemos o valor da vida humana e quanto temos ser excelentes no que nos propomos a fazer. Para mim é muito difícil traduzir sentimento em palavras, portanto a todos que se fizeram presente durante esses 4 anos e meio de graduação, tanto em momentos de felicidade quanto em momentos difíceis a minha gratidão é eterna.

Gabriela Campos de Freitas Ferreira

Enfim conseguimos! Conseguimos, pois esta vitória é grande demais para ser só minha, é necessário dividi-la. Agradeço a Deus, pois por amor, me destes a vida e me destes a oportunidade de viver o que vivi nestes últimos anos, por ter me sustentado nos momentos mais difíceis, e por me fazer vencedora. O senhor Jesus guiou os meus passos durante todos os meus anos de acadêmica, a ti toda honra e toda glória.

Aos meus pais Maria da Glória e Mazinho, que escolhidos por Deus, me trouxeram ao mundo e cuidaram de mim com todo amor e zelo, renunciaram suas vidas para que eu pudesse estudar e concluir minha graduação. Mãe! você que mais parece uma rocha inabalável foi a minha força quando eu não tinha, foi a minha direção quando eu não sabia para onde ir e foi o meu consolo quando tudo parecia desmoronar, obrigada por me ajudar durante todos estes anos, saibas que eu jamais esquecerei de tudo que fizestes por mim. Pai! Você com seu jeito simples de ser, me mostrava o amor e a paciência que eu precisava ter para chegar onde cheguei. Esta vitória também é de vocês, por serem estes pais guerreiros e incansáveis.

Ao meu filho Samuel, meu “branquelo” não tenho dúvidas que você me fez uma mulher mais forte e madura, sem você eu também não teria conseguido. Obrigada por entender as minhas ausências e por sempre me esperar em casa com o sorriso mais lindo do mundo e o abraço mais apertado que eu já senti. Eu nunca deixei de pensar em você, toda a minha luta foi por você e pra você. Nós conseguimos filho!

Ao meu irmão Marcelo Nobre e minha cunhada Risoleta Viana pelo incentivo e força, por nunca medirem esforços para que eu pudesse estudar. Vocês foram fundamentais na minha, obrigada pelos conselhos, pelo ombro amigo e por serem tão presentes na minha vida.

Não poderia deixar de agradecer a minha amiga e companheira na graduação e neste estudo Gabriela Campos, que me acolheu de maneira amorosa e tranquila. Posso afirmar que feliz escolha foi a de estar ao seu lado dividindo esta caminhada. Certamente uma amizade que nasceu e que permanecerá por toda a vida, mesmo que sigamos caminhos diferentes.

A nossa orientadora e professora Danielle Saraiva que nos ajudou a construir este lindo trabalho! Obrigada por seus conselhos, ensinamentos, sua disponibilidade e principalmente por sua amizade. Obrigada por confortar meu coração e por me mostrar o quanto sou capaz. Jamais me esquecerei dos momentos felizes que vivemos.

Agradeço imensamente a todos os mestres que contribuíram para a minha formação, por todos os ensinamentos, não apenas teóricos mais ensinamentos de vida que me tornaram uma pessoa melhor e uma profissional humanizada. Quero registrar um agradecimento especial a minha mestre Esleane Vasconcelos que foi fundamental para que eu pudesse superar as minhas próprias limitações, uma alegria para mim ter convivido com você e saber que temos uma amizade verdadeira.

E por fim as minhas amigas de fé e de vida Natacha Mariana, Helena Beatriz por todo apoio que me deram, amo muito vocês! Quantas lágrimas vocês colheram, quantas palavras de esperanças vocês me deram em troca. Obrigada pelo respeito, cumplicidade e pelas broncas necessárias. E não poderia esquecer de todas as orientações de trabalho durante meus anos de academia, eternamente grata!

Juliette Nobre dos Santos Silva

“Considera a benção da oportunidade que desfrutas e espanca as sombras da tristeza que periodicamente te assaltam. Busca ser útil a alguém, mesmo que aparentemente nenhum objetivo se delineie de imediato. Sempre há oportunidade, quando se deseja crescer e desenvolver os valores latentes.”

Divaldo Franco

RESUMO

Este estudo resultou de uma pesquisa intitulada: Compreensão das gestantes HIV positivas sobre HIV/AIDS e transmissão vertical que teve como principal objetivo conhecer a compreensão das gestantes assistidas pelo pré-natal de alto risco de uma Unidade de Referência, no Estado do Pará acerca do vírus e doença e, como objetivos secundários, fazer a caracterização sociodemográfica, econômica e obstétrica destas mulheres, bem como verificar a compreensão a respeito da transmissão vertical do HIV, do significado da contagem de linfócitos e carga viral e funcionamento da TARV. Foi realizada uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Para obtenção dos dados utilizou-se a entrevista individual através de um roteiro contendo questões semi-estruturadas e análise documental dos prontuários das gestantes que respeitaram os critérios de inclusão do estudo. O método para tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, da qual emergiram três grandes categorias e seis subcategorias. Os resultados foram apresentados e discutidos, corroborando com outros autores de estudos e pesquisas na área. Observou-se que as gestantes HIV positivas assistidas na unidade possuíam uma compreensão acerca do HIV/aids, transmissão vertical, exames específicos e TARV bastante limitada, fragmentada, incongruente ou até mesmo inexistente. Através da caracterização das mulheres foi possível entender os resultados obtidos, pois elas se encontram no grupo de maior vulnerabilidade de exposição ao HIV devido suas condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo grau de escolaridade, acesso precário a informação e relações conjugais hierarquizadas, contribuindo para dificuldade na adoção de medidas preventivas para a transmissão vertical do HIV no período gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal. Gestação. HIV. Educação em saúde.

ABSTRACT

This study resulted in a survey entitled: understanding of HIV-positive pregnant women about HIV/AIDS and vertical transmission that had as main objective to meet the understanding of pregnant women assisted by high-risk prenatal a Reference, in the State of Pará about viruses and disease and, as secondary objectives, do the demographic, economic and obstetric characterization of these women, as well as verify the understanding about the vertical transmission of HIV, the meaning of lymphocyte count and viral load and operation of ART. Was held an exploratory research with qualitative approach. To obtain the data we used individual interview through a script containing semi-structured questions and documental analysis of the medical records of pregnant women meeting the inclusion criteria of the study. The method for treatment of the data was the content analysis, which emerged three broad categories and six sub-categories. The results were presented and discussed, corroborating with other authors of studies and researches in the area. It was observed that the HIV-positive pregnant women assisted in the unit had an understanding about HIV/aids, vertical transmission, specific tests and HAART rather limited, fragmented, inconsistent or even non-existent. Through the characterization of women was unable to understand the results, because they are in the greater vulnerability of exposure to HIV due to their unfavorable socioeconomic conditions, low educational level, poor access to information and marital relations prioritised, contributing to difficulty in adopting preventive measures to the vertical transmission of HIV in gestational period.

KEYWORDS: Prenatal. Gestation. HIV. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- CATEGORIAS E SUAS UNIDADES DE ANALISE

34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AZT	Zidovudina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IB	Imunoblot
IBR	Imunoblot Rápido
IE	Imunoensaio
IFI	imunofluorescência indireta
LIA	Line Imuno Assay
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do pré-natal
POMI	Pólo de Odontologia Materno Infantil
PROAME	Programa de Orientação ao Aleitamento Materno Exclusivo
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste Rápido
UREMIA	Unidade de referência Materno-infantil
WB	Western Blot

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 OBJETIVO GERAL	16
1.2.1 Objetivos Específicos.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 HIV/AIDS: ETIOLOGIA CLINICA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	17
2.1.1 Infecção e resposta imune contra o HIV	18
2.1.2 Diagnóstico.....	21
2.1.3 Terapia Antirretroviral (TARV).....	23
2.2 HIV NA GESTAÇÃO.....	26
2.2.1 Transmissão vertical.....	28
2.2.3 Assistência ao pré-natal de mulheres HIV positivas	29
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2 LOCAL DO ESTUDO	33
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	34
3.4 COLETA DE DADOS	34
3.4.1 Entrevistas Individuais.....	35
3.4.2 Análise Documental	36
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	40
5.2 CATEGORIA 1: INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS	41
5.2.1 HIV: Presença do vírus e AIDS como doença avançada	42
5.2.2 Infecção Sexualmente Transmissível.....	43
5.3 CATEGORIA 2: INCOMPREENSÃO DO TERMO TRANSMISSÃO VERTICAL.....	45
5.4 CATEGORIA 3: INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O CONTROLE E TRATAMENTO DO HIV	47
5.4.1 Contagem de carga viral para quantificação do vírus	47
5.4.2 Desconhecimento sobre a contagem de Linfócitos TCD4.....	48
5.4.3 Terapia Medicamentosa no controle do HIV	50
6 CONCLUSÃO.....	53

1 INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS). Este vírus ataca as células de defesa do organismo, levando ao comprometimento do sistema de proteção do indivíduo. Após o vírus infectar a célula, o mesmo altera o DNA celular e instala-se, iniciando o processo de multiplicação. Os linfócitos TCD4⁺ são as células de defesa mais acometidas, com a multiplicação viral os linfócitos são rompidos liberando novos vírus que estarão prontos para infectar novas células, levando à progressão da infecção (PURIFICAÇÃO, 2011).

As principais formas de transmissão do vírus HIV são a forma sexual, sanguínea e vertical. Além dessas formas, mais frequentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, causada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados (BRASIL, 2011).

Os primeiros relatos de AIDS surgiram nos Estados Unidos em 1981, foram inicialmente identificados em homossexuais do sexo masculino e que não possuíam antecedentes de infecções. A doença foi associada ao modo de vida dos portadores, escolha sexual, por exemplo, por este motivo a AIDS foi denominada de “Síndrome Gay” ou imunodeficiência ligada à homossexualidade, gerando um estigma social fortemente endossado posteriormente (BASTA, 2006).

Apesar da AIDS ser descrita inicialmente em homo e bissexuais, atualmente os números nos apontam que a epidemia do HIV não se restringe a esses grupos, e sim principalmente as relações heterossexuais são consideradas pela OMS como a forma de transmissão mais frequente (BRASIL, 2011). De 2007 a 2016 foram notificados no Sinan 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 6.868 na Região Norte (6,3%). Neste mesmo período o número de casos notificados por sexo foi de 92.142 casos em homens e 44.766 casos em mulheres. O número de casos notificados em homens ainda é maior do que nas mulheres, porém esses números em mulheres vêm crescendo de forma alarmante (BRASIL, 2016).

Uma das características mais marcantes da epidemia do vírus HIV foi o processo de heterossexualização da doença e o número de mulheres infectadas cresceu consideravelmente, principalmente entre aquelas que possuíam relações estáveis. (DHALLIA; BARREIRA; CASTILHO, 2000). Atualmente a AIDS é considerada uma doença crônica, que atinge um grande número de mulheres em idade reprodutiva. Apesar da descoberta do vírus ter ocorrido

a mais de vinte anos, esta doença ainda carrega consigo a desinformação, o preconceito e a discriminação (PURIFICAÇÃO, 2011).

Ainda segundo Purificação (2011) a epidemia da AIDS entre as mulheres traz consequências devastadoras para as mesmas, as famílias atingidas e a sociedade como um todo. O crescimento do número de casos de mulheres contaminadas traz consigo também o aumento do número de crianças portadoras do vírus, em decorrência da transmissão vertical, está por sua vez pode ocorrer durante a gestação, durante o parto ou pela amamentação, colocando dessa forma a prevenção da transmissão materno-infantil como o ponto alvo para a redução dos índices epidemiológicos (SÃO PAULO, 1999).

Segundo o boletim epidemiológico HIV/AIDS de 2016 do Ministério da Saúde no Brasil, no período de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que dessas 7,4% residiam na região Norte. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um aumento de 28,6%. As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa; ambas apresentavam taxa de 1,2 em 2006, passando para 2,9 e 2,0 casos/mil nascidos vivos em 2015, respectivamente.

Desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV (28,6%), notificadas no Sinan. Segundo a escolaridade, observa-se que a maioria das gestantes infectadas com HIV possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 30,1% dos casos notificados em 2015. Quanto à raça/cor da pele autodeclarada, há um predomínio da cor parda, seguida da branca; em 2015, estas representaram 45,9% e 38,1% dos casos, respectivamente. As gestantes pretas correspondem a 15,0% nesse mesmo ano (BRASIL, 2016).

O manejo clínico das gestantes de alto risco, inclusive as HIV positivas durante o pré-natal, incluem uma assistência integralizada por parte de toda a equipe de saúde, da equipe multidisciplinar constituída por outros especialistas não médicos, das áreas de Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, em trabalho articulado e planejado. O estabelecimento de uma boa relação profissional-paciente é um dos objetivos da avaliação inicial. O uso de uma linguagem acessível ao paciente é fundamental para explicar os aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, e também a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da terapia antirretroviral (TARV), contribuindo para a adesão ao seguimento e ao tratamento (BRASIL, 2012). Por essa razão se faz necessária à atuação do enfermeiro na consulta pré-natal com enfoque na orientação e educação sobre o vírus e doença.

1.1 JUSTIFICATIVA

Historicamente, as ações em saúde relacionadas a assistência materno infantil tem início a partir da criação do Ministério da Saúde, em 1953. Na década de 70 foram estabelecidos programas de acompanhamento e nutricional da gestante, assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, e de estímulo ao aleitamento materno. Juntamente com o desenvolvimento desses programas, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco. Dentro deste contexto, o pré-natal tem como finalidade oferecer assistência materno-infantil qualificada e humanizada durante os períodos da gestação do parto e do puerpério, sendo de extrema importância para assegurar a saúde da mãe e do bebê (MENDES et al., 2015).

A implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, também foi um marco importante relacionado a política nacional de atenção à saúde materno infantil. Foi através dele que foram desenvolvidas ações básicas de saúde relacionadas ao planejamento familiar, a ampliação, a qualificação e a humanização da atenção ginecológica e obstétrica (compreendendo todo o ciclo vital feminino), bem como a prevenção e o controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo, também, a prevenção da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Segundo o Programa de Humanização do pré-natal (PHPN), instituído pelo MS através da Portaria GM N°. 569 de 01/06/2000, para assistência pré-natal e puerperal adequada, o serviço de saúde deve garantir a realização de no mínimo 6 consultas, sendo iniciado até o 4º mês de gestação, e preferencialmente 01 consulta no 1º trimestre, 01 consulta no segundo, 03 consultas no 3º trimestre, e 01 consulta no puerpério (até 42 dias após o nascimento). Na primeira consulta todas as informações sobre o histórico mórbido familiar e pessoal da gestante devem ser fornecidas, e a mulher pode aproveitar o momento para tirar suas dúvidas sobre as transformações do seu corpo relacionadas à gestação.

De acordo com o MS, a gestação de alto risco se configura como sendo uma condição na qual a vida ou a saúde da gestante e/ou do conceito e/ou do recém-nascido tem maiores chances de pertencerem a situações de risco, apresentando uma ou mais doenças que podem trazer complicações no decorrer da gestação. A presença do HIV/aids é uma das condições clínicas que caracteriza a gestação de alto risco (MELO et al, 2016).

As transformações no perfil da epidemia de disseminação do HIV/aids demonstram claramente a participação progressiva da mulher na cadeia de transmissão. Para tanto um dos

objetivos prioritários do MS, é o controle da disseminação desta epidemia, por considerar a magnitude de suas consequências, a implantação de estratégias que visem informar a população sobre as formas de transmissão/prevenção, o diagnóstico (inclusive durante a gravidez), e o tratamento devem ser considerados de extrema importância para o desenvolvimento de intervenções educativas do Enfermeiro e dos demais profissionais da equipe interdisciplinar em saúde (MENDES et al., 2015).

A oferta de uma assistência adequada ao pré-natal além de possibilitar o diagnóstico e tratamento das gestantes HIV positivas é, sobretudo de grande importância para a redução da transmissão materno-infantil. Desta maneira, este estudo justifica-se por possibilitar a construção de dados importantes e que servirão como base para a melhoria da assistência de enfermagem e multiprofissional prestada as gestantes HIV positivas durante o pré-natal de alto risco, subsidiando o planejamento de ações que garantirão a qualidade no repasse das informações pertinentes a soropositividade para HIV, bem como contribuirá para prevenção e promoção a saúde, relacionadas às formas de transmissão vertical e horizontal do vírus.

Durante as aulas práticas em um hospital maternidade, da atividade curricular de enfermagem obstétrica e neonatal, percebeu-se a importância da atuação da enfermagem no contexto da assistência de Enfermagem às gestantes HIV positivas. O manejo inadequado das gestantes durante as consultas do pré-natal, como a insipiência de informações necessárias sobre a doença, transmissão vertical e Horizontal, significado da contagem de LTCD4+, carga viral e TARV, bem como a má condução na transmissão destas informações, comprometem a adesão e a qualidade do tratamento, levando ao aumento dos riscos de transmissão horizontal e vertical da AIDS. Baseando-se nesta problemática elaborou-se a seguinte questão norteadora que conduziu a pesquisa: Qual a compreensão de gestantes HIV positivas sobre o HIV/AIDS e transmissão vertical?

1.2 OBJETIVO GERAL

Conhecer a compreensão de gestantes portadoras do HIV acerca do vírus/doença.

1.2.1 Objetivos Específicos

1. Realizar a caracterização da amostra selecionada quanto ao perfil sociodemográfico e econômico;
2. Realizar a caracterização obstétrica;
3. Verificar a compreensão das gestantes quanto a transmissão vertical do HIV;

4. Verificar a compreensão das gestantes quanto ao significado da contagem de linfócitos e Carga viral;
5. Verificar a compreensão das gestantes quanto a TARV e seu funcionamento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HIV/AIDS: ETIOLOGIA CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida no início da década de 80, nos EUA, após a identificação de um alto índice de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco e New York, apresentando sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, levando a conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, provavelmente de etiologia e infecciosa e transmissível (BRASIL, 2011).

Em 1983, o HIV-1 foi isolado de pacientes com AIDS pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França, e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (*Lymphadenopathy Associated Vírus* ou Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (*Human T-Lymphotropic Vírus* ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III) respectivamente (BRASIL, 20). Acreditava-se que somente o HTLV era capaz de infectar células T, no entanto essa possibilidade foi rapidamente descartada, pois constatou-se que os HTLVs não lisam os linfócitos, na verdade eles os imortalizam (BRASIL, 2011).

Em 1986, O comitê internacional recomendou o termo HIV (*Human Immunodeficiency Vírus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos. Nesse mesmo ano foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2 (BRASIL, 2011).

Atualmente sabemos que a AIDS é causada pelo HIV, um retrovírus com genoma RNA, da Família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos que necessitam, para sua replicação, transcrever RNA viral em DNA, através de uma enzima denominada transcriptase reversa, para então, integrar-se ao genoma do hospedeiro. Na célula humana seu ciclo vital pode ser dividido em passos. Qualquer interferência em algum desses passos impediria a multiplicação e/ou liberação de novos vírus. Sendo eles (BRASIL, 2011):

1. Ligação de glicoproteínas virais (gp120) ao receptor específico da superfície celular (principalmente linfócitos T-CD4);
2. Fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira;
3. Liberação do "core" do vírus para o citoplasma da célula hospedeira;
4. Transcrição do RNA viral em DNA complementar, dependente da enzima transcriptase reversa;
5. Transporte do DNA complementar para o núcleo da célula, onde pode haver integração no genoma celular (provírus), dependente da enzima integrase, ou a permanência em forma circular, isoladamente;
6. O provírus é reativado, e produz RNA mensageiro viral, indo para o citoplasma da célula;
7. Proteínas virais são produzidas e quebradas em subunidades, por intermédio da enzima protease;
8. As proteínas virais produzidas regulam a síntese de novos genomas virais, e formam a estrutura externa de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira;
9. O vírion recém-formado é liberado para o meio circundante da célula hospedeira, podendo permanecer no fluído extracelular, ou infectar novas células.

2.1.1 Infecção e resposta imune contra o HIV

A maior parte das infecções pelo HIV ocorre através das mucosas do trato genital e retal durante a relação sexual. Após a infecção pela via sexual, o HIV e células infectadas atravessam a barreira da mucosa, permitindo que o vírus se estabeleça no local de entrada e continue infectando linfócitos T CD4⁺ (T CD4⁺), além de macrófagos e células dendríticas (BRASIL, 2013a).

Após a transmissão do vírus, há um período de aproximadamente 10 dias, denominado de **fase eclipse** (do inglês, *eclipse phase*), antes que o RNA viral seja detectável no plasma (BRASIL, 2014). Estudos demonstram que a maioria das infecções pelo HIV surgem a partir de um único vírus. A homogeneidade do vírus, dito fundador, indica que o estabelecimento da infecção é resultado de um único foco de linfócitos T CD4⁺ infectado. A resposta imunológica inata do hospedeiro auxilia, em parte, a multiplicação viral quando encaminha uma quantidade adicional de células T suscetíveis para esse foco de infecção (BRASIL, 2013a).

Segundo o Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2013a), a partir dessa pequena população de células infectadas, o vírus é disseminado inicialmente para os linfonodos locais e depois sistemicamente e em número suficiente para estabelecer e manter a produção de vírus nos tecidos linfoides, além de estabelecer um reservatório viral latente, principalmente em linfócitos TCD4⁺ de memória. A replicação viral ativa e a livre circulação do vírus na corrente sanguínea causam a formação de um pico de viremia por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV. Essa viremia está associada a um declínio acentuado no número de linfócitos TCD4⁺.

Como em qualquer outra infecção viral, a primeira classe de anticorpo produzida durante uma resposta primária G é a imunoglobulina M (IgM). Devido à persistência do HIV, nosso organismo é continuamente exposto aos mesmos antígenos e a produção inicial de IgM é substituída pela produção de imunoglobulina G (IgG). Porém, ao contrário de outras doenças infecciosas, a presença da IgM não permite diferenciar uma infecção recente G de uma infecção crônica G, tendo em vista que a IgM pode reaparecer em outros momentos durante a infecção. A IgG anti-HIV atinge níveis séricos elevados e persiste por anos, enquanto os níveis séricos de IgM tendem a desaparecer com o tempo ou apresentar padrão de intermitência (BRASIL, 2013a).

As manifestações clínicas da infecção pelo HIV possuem um amplo espectro, desde a fase aguda até a fase avançada. Em indivíduos não tratados a evolução da infecção pode levar em média estimada entre o contágio e o aparecimento da doença em torno de dez anos.

2.1.1.1 Infecção aguda

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS (2013b), esta fase inicia-se nas primeiras semanas de infecção pelo HIV, até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soro-conversão), que geralmente ocorre por volta da quarta semana após a infecção. Bilhões de partículas do vírus são produzidas diariamente nessa fase, levando a viremia plasmática a níveis muito altos, tornando o indivíduo altamente infectante.

Assim como em outras fases agudas de infecções virais, a infecção pelo HIV é acompanhada pela Síndrome Retroviral Aguda (SRA), um conjunto de manifestações clínicas que incluem febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. A SRA apresenta-se comumente entre a primeira e a terceira semana após a infecção. Pode cursar com febre alta,

sudorese e linfadenomegalia comprometendo principalmente as cadeias cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar (BRASIL, 2013b).

Sintomas digestivos também podem estar presentes, tais como, náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais. Cefaleia e dor ocular são as manifestações neurológicas mais comuns, mas a SRA pode cursar também com quadro de meningite asséptica, neurite periférica sensitiva ou motora, paralisia do nervo facial ou síndrome de Guillan-Barré (BRASIL, 2013b).

Por ser alto-limitada maior parte dos sintomas da SRA desaparece em três a quatro semanas. Linfadenopatia, letargia e astenia podem persistir por vários meses. A presença de manifestações clínicas mais intensas e prolongadas (superior a 14 dias) associa-se à progressão mais rápida da doença (BRASIL, 2013b).

Por conta dos sinais e sintomas da SRA serem muito semelhantes aos de outras infecções virais, muitas vezes o diagnóstico da infecção pelo HIV fica comprometido, sendo os sintomas atribuídos a outras infecções virais. Logo, é muito importante que na presença de um quadro viral agudo a infecção pelo HIV seja investigada.

2.1.1.2 Latência clínica e fase sintomática

Nesta fase somente a linfadenopatia persiste, o exame físico costuma ser normal. Podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, sendo a plaquetopenia um achado comum, embora sem repercussão clínica na maioria dos casos. Além disso, anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leves podem estar presentes (BRASIL, 2013b).

À medida que a infecção progride, os sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa, são mais frequentes. Nesse período, já é possível encontrar diminuição na contagem de LT-CD4⁺, permanecendo entre 200 e 300 células/mm³.

O aparecimento da candidíase oral marca, precocemente, a imunodepressão grave. A presença de candidíase oral foi associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *P. jirovecii*. Diarreia crônica e febre de origem indeterminada, bem como leucoplasia oral pilosa, também são podem apontar para uma possível evolução para AIDS (BRASIL, 2013b).

2.1.1.3 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Nesta fase as infecções oportunistas e neoplasias aparecem, definindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. As principais infecções oportunistas são: neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin e, em mulheres jovens, câncer de colo uterino. Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ está, na maioria das vezes, abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2013b).

2.1.2 Diagnóstico

2.1.2.1 Imunoensaio de triagem

Os Imunoensaios (IE) foram desenvolvidos logo após a descoberta do HIV para diagnóstico da infecção. Atualmente quatro gerações de IE são utilizadas. Suas características são descritas a seguir, segundo o Manual Técnico Para O Diagnóstico Da Infecção Pelo HIV (2013b):

Primeira Geração

O ensaio de primeira geração a presença de anticorpos específicos é feita através da detecção de um conjugado constituído por um anticorpo anti-IgG humana, caracterizando desta maneira o formato indireto. O lisado viral de HIV origina antígenos na fase sólida.

Estes ensaios tem pouca especificidade, pelo fato de detectarem apenas IgG, e também são menos sensíveis do que os ensaios de gerações posteriores. Em média, a janela de soro-conversão é de 6 a 8 semanas. Atualmente, esses ensaios deixaram de ser utilizados na rotina diagnóstica dos laboratórios.

Segunda Geração

Também tem formato indireto, porém o ensaio de segunda geração utiliza antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados de proteínas do HIV. Existem regiões antigênicas em determinadas proteínas do HIV (epítomos imunodominantes), onde a resposta imune humoral tem preferência. Possibilitando desta maneira, a utilização de antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos no diagnóstico da infecção. Quanto maior a quantidade de epítomos imunodominantes no ensaio, mais sensível esse ensaio se torna.

Logo, os ensaios de segunda geração são mais sensíveis e específicos, por conter uma maior concentração de proteínas (epítomos imunodominantes) relevantes. Em média, a janela de soro-conversão dos ensaios de segunda geração é de 28 a 30 dias.

Terceira Geração

Tem o formato de “sanduíche” (ou imunométrico) que permite a detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgM e IgG. Caracteriza-se por utilizar antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos tanto na fase sólida quanto sob a forma de conjugado.

Por conta da possibilidade deste ensaio detectar antígenos da classe IgM é considerado mais sensível do que os de outras gerações. Além de ser também mais específico, pois o conjugado (antígenos) liga-se apenas à valência livre do anticorpo que está no complexo imune (antígenos na fase sólida do ensaio e anticorpos da amostra). Em média, a janela de soro-conversão dos ensaios de terceira geração é de 22 a 25 dias.

Quarta Geração

Detecta o antígeno p24 e simultaneamente anticorpos específicos anti-HIV. O componente de detecção de anticorpo tem o formato de “sanduíche”; portanto, detecta todas as classes de imunoglobulinas contra proteínas recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados das glicoproteínas gp41 e gp120/160. O componente de detecção de antígeno p24 é constituído por um anticorpo monoclonal na fase sólida (para capturar o antígeno p24 presente no soro) e de um conjugado constituído por um antissoro (anticorpo) poliespecífico contra a proteína p24. Em média, a janela diagnóstica dos ensaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias.

2.1.2.2 Testes rápidos (TR)

São imunoensaios (IE) simples, que podem ser realizados em até 30 minutos. Existem vários formatos de TR, e os mais frequentemente utilizados são: dispositivos (ou tiras) de Imunocromatografia (ou fluxo lateral), Imunocromatografia de dupla migração (DPP), dispositivos de imunoconcentração e fase sólida (BRASIL, 2013b).

2.1.2.3 Ensaios complementares

Mesmo o IE e o TR sendo sensíveis e específicos, resultados falso positivos podem ocorrer, por isso, os teste complementares se fazem necessários, pois utilizam diferentes formatos e princípios. Estão incluídos nessa categoria: Western Blot (WB), Immunoblot (IB) ou imunoensaios em linha (LIA, do inglês Line Imuno Assay), incluindo o Immunoblot Rápido (IBR) e imunofluorescência indireta (IFI) (BRASIL, 2013b).

O WB e o Imunoblot envolvem o uso de tiras de membrana com proteínas nativas do HIV que são separadas por eletroforese (WB), ou por proteínas recombinantes ou peptídeos sintéticos impregnados diretamente nessas membranas (Imunoblot). Essas tiras são incubadas com amostras de soro ou plasma. Os anticorpos presentes na amostra se ligam especificamente às proteínas das tiras de WB ou IB e esses anticorpos anti-HIV específicos ligados às proteínas são detectados por anticorpos secundários, conjugados com uma enzima, seguido por um substrato que gera um produto colorido (BRASIL, 2013b).

A maioria desses ensaios detectam apenas IgG e por isso não são recomendados para confirmar a presença de anticorpos IgM HIV específicos (ensaios de terceira ou quarta geração) ou a presença do antígeno p24 (ensaios de quarta geração).

2.1.3 Terapia Antirretroviral (TARV)

A terapia antirretroviral tem como finalidade diminuir a morbidade e a mortalidade e não erradicar a infecção pelo HIV, melhorando a qualidade de vida e o prognóstico das pessoas que vivem com HIV/aids. A definição do melhor momento para início do tratamento é uma das decisões mais importantes no acompanhamento clínico, devendo ser considerados os riscos associados à infecção não tratada frente aos da exposição prolongada aos medicamentos.

Segundo o Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS (2013b), desde o surgimento dos primeiros esquemas antirretrovirais, busca-se definir critérios para início do tratamento com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, evolução para aids e óbito. Evidências robustas demonstram o benefício da TARV em pessoas com aids ou outros sintomas relacionados à imunodeficiência provocada pelo HIV e em indivíduos assintomáticos com contagem de LT-CD4+ inferior a 350 células/mm³. Porém o início mais precoce da TARV vem sendo demonstrado como ferramenta importante na redução da transmissão do HIV.

2.1.3.1 Início da TARV em indivíduos sintomáticos

A TARV é indicada para todos os indivíduos sintomáticos, sintomas esses, indicativos de imunodeficiência moderada ou avançada, independentemente de sua contagem de LT-CD4+.

Manifestações de imunodeficiência avançada 1, Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS (2013B):

- Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual) associada à diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia com duração $\geq$ 1 mês) ou fadiga crônica e febre $\geq$ 1 mês;
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*;
- Pneumonia bacteriana recorrente (dois ou mais episódios em um ano);
- Herpes simples com úlceras muco-cutâneas (duração > 1 mês) ou visceral em qualquer localização;
- Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões;
- Tuberculose extrapulmonar;
- Sarcoma de Kaposi;
- Doença por Citomegalovírus (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos);
- Neurotoxoplasmose;
- Encefalopatia pelo HIV;
- Criptocócose extrapulmonar;
- Infecção disseminada por micobactérias não-*M. tuberculosis*;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Criptosporidiose intestinal crônica (duração > 1 mês);
- Isosporiose intestinal crônica (duração > 1 mês);
- Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidiomicose);
- Septicemia recorrente por *Salmonella* não *thyphi*;
- Linfoma não-Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central;
- Carcinoma cervical invasivo;
- Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);
- Leishmaniose atípica disseminada;
- Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV.

Manifestações de imunodeficiência moderada 2

- Perda de peso inexplicada (> 10% do peso);
- Diarreia crônica por mais de um mês;
- Febre persistente inexplicada por mais de um mês (> 37,6°C, intermitente ou constante);
- Candidíase oral persistente;
- Candidíase vulvo-vaginal persistente, frequente ou não responsiva a terapia;

- Leucoplasia pilosa oral;
- Tuberculose pulmonar;
- Infecções bacterianas graves (por exemplo: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite);
- Infecções: osteo-articulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave);
- Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante;
- Anemia inexplicada (< 8 g/dL), neutropenia (< 500 células/ μ L) e/ou trombocitopenia crônica (< 50.000 células/ μ L);
- Angiomatose bacilar;
- Displasia cervical (moderada ou grave) carcinoma cervical *in situ*
- Herpes zoster (≥ 2 episódios ou ≥ 2 dermatomos);
- Listeriose;
- Neuropatia periférica;
- Purpura trombocitopenica idiopática;

2.1.3.2. Início de TARV em indivíduos assintomáticos

Diversos estudos comprovam os benefícios do início precoce da TARV, tanto relacionados à redução da morbimortalidade em pessoas que vivem com HIV, a diminuição da transmissão da infecção e o impacto na redução da tuberculose a qual constitui principal causa de óbitos nessa população no Brasil (BRASIL, 2013b).

Recomenda-se o início da TARV para os indivíduos\ assintomáticos nas seguintes situações:

LT-CD4+ menor ou igual a 500 células/mm³.

LT-CD4+ acima de 500 células/mm³ na coinfeção pelo vírus da hepatite B (HBV).

2.1.3.3 Escolha do esquema inicial

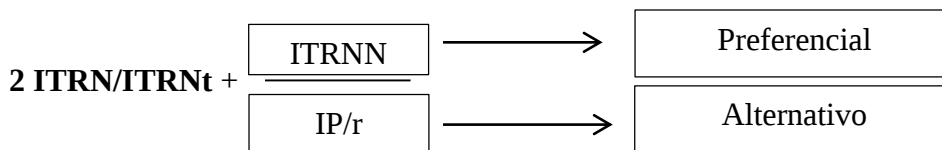
Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS (2013B), recomenda que os medicamentos recomendados para iniciar a TARV compõem esquemas eficazes, geralmente mais simplificados, menos tóxicos e de menor custo, e pertencem a três classes amplamente utilizadas:

- Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITRN/ITRNt);
- Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN);
- Inibidores da protease reforçados com ritonavir (IP/r).

A decisão em relação à escolha do esquema antirretroviral deve considerar alguns fatores:

- Eficácia e toxicidade imediata e no longo prazo;
- Presença de coinfeções e comorbidades;
- Uso concomitante de outros medicamentos;
- Potencial de adesão;
- Adequação à rotina de vida do paciente;
- Interação com a alimentação;
- Custo dos medicamentos;

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN ou IP/r:



2.2 HIV NA GESTAÇÃO

A gravidez é um período único e que configura uma experiência singular e complexa na vida da mulher gestante, proporcionando vivências carregadas de diversos sentimentos muitas vezes ambivalentes, como alegria/tristeza, segurança/insegurança, amor/raiva, etc. (PICCINI et al., 2004). No caso das gestantes HIV positivas além dessa ambivalência natural do período da gestação soma-se também um estado de ansiedade e culpabilidade frente à possibilidade de contaminação do bebê pela transmissão vertical (CARVALHO E PICCININI, 2006; RIGONI et al., 2008).

A mulher gestante também confronta-se com a possibilidade de que a doença (AIDS) manifeste-se nela ou em seu bebê, caso haja infecção pelas medidas profiláticas. Neste contexto as expectativas da gestação e maternidade passam a existir sobre uma “condição existencial”, onde a morte é vista sobre uma ótica não só imaginária, mais uma possibilidade real. O sentimento de frustração e perda gerados por esta nova realidade, resulta em um estado de ansiedade e este por sua vez pode, por conseguinte, abalar emocionalmente a gestante,

influenciando, em menor ou em maior grau, sua relação com a realidade e consigo (CARTAXO, 2013).

Especialmente em relação ao estado nutricional, a gestante HIV positiva traz consigo um desafio adicional, elas possuem um maior risco acrescido para a desnutrição nesta fase. Podendo influenciar no peso do bebê ao nascer, duração da gestação e ainda risco de morbimortalidade neonatal. Neste sentido as condições socioeconômicas, qualidade e disponibilidade da assistência ao pré-natal, entre outros aspectos fazem parte e podem interferir no estado nutricional da gestante (ACCIOLY et al., SAUNDERS, LACERDA, 2002; VILLAMOR et al., 2002; LAURA et al., 2010). O quadro de desnutrição também pode ser agravado quando presente de infecções oportunistas, disfunções metabólicas, diminuição da ingesta alimentar e má absorção de nutrientes (SHARPSTONE et al., 1999; MULLIGAN, TAI, SCHAMBELAN, 1997).

A descoberta da infecção pelo vírus HIV pode ocorrer em vários períodos da vida do indivíduo, um desses momentos é a gestação durante a realização do pré-natal. Em 1995 o Ministério da saúde adotou ações para reduzir a transmissão materno-infantil ofertando testagem anti-HIV para as mulheres grávidas que apresentassem risco de contaminação pelo HIV. Posteriormente a testagem se expande e torna-se universal à todas as gestantes, necessitando obrigatoriamente da permissão da mesma até os dias atuais (BRASIL, 2003a).

Segundo o Ministério da Saúde (2010) a patogênese da transmissão vertical do Vírus HIV está inserida em um contexto que incluem múltiplos fatores, a saber:

- Fatores virais, como carga viral, genótipo e fenótipo viral;
- Fatores maternos, como quadro clínico e imunológico, presença de ISTs e outras coinfeções, estado nutricional e uso de retrovirais na gestação inclusive o seu tempo de uso;
- Fatores comportamentais, envolvendo uso de drogas e prática sexual desprotegida;
- Fatores obstétricos, como a duração da rotura das membranas amnióticas, via de parto e a presença de episódio hemorrágico intraparto;
- Fatores relativos ao recém-nascido, como prematuridade e baixo peso ao nascer;
- Fatores relacionados ao aleitamento materno.

Os principais fatores associados à transmissão vertical, segundo o Manual técnico de Gestação de alto risco (BRASIL, 2010) são a carga viral elevada e a rotura prolongada das membranas amnióticas. Importante salientar que a carga viral contida nas secreções cérvico-vaginais e que também se fazem presente no leite materno são importantes determinantes de

risco para a transmissão no período intraparto e através da amamentação. Sem qualquer intervenção, a taxa de transmissão vertical do vírus é de cerca de 25,5%. Porém estudos publicados mostram que na presença de intervenções os níveis de transmissão caem para um percentual de 1 e 2%. Estas intervenções preventivas incluem o uso de antirretrovirais combinados (para a queda da carga viral materna), parto por cesariana eletiva, uso de AZT como profilaxia para a parturiente e recém-nascido e contra-indicação à amamentação.

2.2.1 Transmissão vertical

A transmissão vertical do HIV acontece através da transferência do vírus da mãe para o bebê por meio da exposição do mesmo durante a gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento materno. A transmissão materno-infantil tem sido motivo de grande preocupação e atenção em vista do grande aumento do número de casos de HIV em mulheres (BRASIL, 2006). Esta via de transmissão é responsável por 90% dos casos de infecção pediátrica no Brasil, e sua ocorrência vem diminuindo consideravelmente nos últimos anos, onde no ano de 1998 foram notificados cerca de 1.029 casos e no ano de 2010 teve-se um total de 84, em decorrência das medidas preventivas adotadas pelo país (BRITO et al., 2006).

De 2007 a 2016 foram notificados 753 casos de transmissão vertical no sexo masculino e 570 no feminino, sendo o ano de 2015 o ano com os maiores números de notificações. Segundo o manual técnico para a gestação de alto risco (BRASIL, 2010) a maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorrem durante o trabalho de parto e parto, as infecções intraútero, principalmente durante as últimas semanas de gestação, correspondem aos 35% restantes, adicionando-se ainda o risco de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno, que apresenta riscos adicionais de transmissão a cada exposição da criança ao peito.

Em países desenvolvidos, a partir da utilização de todos os recursos para a prevenção da transmissão vertical do HIV, o percentual de transmissão está na faixa de 1 a 2%. Já em países subdesenvolvidos o alto índice de transmissão pode ser justificado pela dificuldade de diagnosticar a gestante infectada e introduzi-la ao tratamento ou profilaxia com o uso dos antirretrovirais. Outro fator contribuinte para a elevação dos dados estatísticos é a transmissão pós-natal em decorrência da amamentação, sendo ainda um desafio importante (MOFESON, 2010).

No Brasil 83,7% das crianças menores de 13 anos que possuem HIV, segundo os dados epidemiológicos até junho de 2005, contraíram o vírus pela transmissão materno-infantil. Tal fato despertou a preocupação das autoridades e órgãos gestores para a elaboração de estratégias

de enfrentamento e combate a AIDS (MOURA, 2006). A criação de programas e recomendações que fazem parte da política de prevenção e controle da epidemia da AIDS no país se constitui como principal estratégia para o controle da doença materna e consequentemente da transmissão vertical (GARBIN, 2012).

Segundo o Protocolo para Prevenção da Transmissão vertical de HIV e Sífilis do Ministério da Saúde (2007) quando não são realizadas nenhuma intervenção profilática durante a gestação, a transmissão do vírus via binômio mãe-feto ocorre em cerca de 25% das gestações de mulheres infectadas. Segundo estudo realizado nos Estados Unidos e na França a utilização de Zidovudina (AZT) durante a gravidez, no parto e no recém-nascido reduzem a taxa de infecção materno-infantil em cerca de 8,3%. A literatura ainda mostra que a partir da realização de todas as 13 intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS a taxa de transmissão pode reduzir para níveis de 1 a 2%.

As intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde são: o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia antirretroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de cirurgia Cesária eletiva em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade. Segundo estudo multicêntrico realizado pela sociedade Brasileira de Pediatria, nas regiões em que houve grande empenho para a realização das ações profiláticas para redução transmissão, observou-se o alcance de taxa estimada de transmissão semelhante aos dos países desenvolvidos (BRASIL, 2007).

A criação dessas ações, por si só não atingiriam todas as suas finalidades, acredita-se que para isso é necessário um instrumento fundamental, a educação em saúde. Esta por sua vez possibilita a mudança e a conscientização de hábitos de vida, conduzindo às boas práticas em saúde resultando na otimização da mesma e no empoderamento sobre o processo saúde e doença. Por meio da educação em saúde a gestante poderá se conscientizar sobre a importância na realização do teste de HIV, possibilidades de não transmissão do vírus ao bebê caso a gestante esteja infectada, promover adesão ao tratamento de forma consciente, contribuindo assim para a redução dos níveis de transmissão no país (GARBIN, 2012).

2.2.3 Assistência ao pré-natal de mulheres HIV positivas

A mulher gestante HIV positiva dentro de sua realidade sorológica necessita de uma terapêutica diferenciada, o manejo dessa mulher requer medidas e cuidados especiais, a mesma precisa saber lidar com sua realidade a fim de que ela possa, a partir do empoderamento, cultivar novos hábitos de cuidado em saúde, saber das possibilidades da transmissão do vírus à criança, deve ainda ter ciência da importância da realização do tratamento adequado, a fim de que sejam reduzidas ao máximo as chances da transmissão materno-infantil (OLIVEIRA, 2007). Para que se alcancem os objetivos anteriormente citados é imprescindível que seja ofertado uma assistência ao pré-natal com qualidade, cobertura a todas as gestantes e disponibilidade de recursos diagnósticos e de informações.

Segundo Cechin, Perdomini e Quaresma (2007) muitas mudanças foram implementadas na assistência ao pré-natal, como por exemplo, a inserção de tecnologias e de equipe multidisciplinar devidamente capacitada para prevenir possíveis complicações. O diagnóstico precoce e o correto manejo da gestante possibilitam que a mesma adquira uma melhor qualidade de vida, melhor enfrentamento do seu estado e diminua as chances da transmissão materno-infantil. Sabe-se que a transmissão vertical ainda se constitui como um problema de saúde pública, apesar dos avanços alcançados, e que por isto demanda esforços para ser enfrentado, necessitando que as políticas de saúde sejam direcionadas dentro deste novo contexto.

A Coordenação Nacional de DST e Aids no ano de 1996 estabeleceu metas para o controle da transmissão vertical do HIV no Brasil e iniciou a divulgação de ações para a sua prevenção. Em 2000 a vigilância de mulheres infectadas e crianças expostas ao vírus torna compulsória a notificação, através da portaria nº 993/GM. O Ministério da saúde no ano de 2001 estabelece as recomendações e medidas profiláticas para a transmissão vertical do HIV, juntamente com a implementação da terapia antirretroviral para as gestantes. O Projeto nascer criado em 2002 tem por objetivo a redução do número de crianças infectadas a partir da disponibilidade de oferta do teste rápido para todas as parturientes que não possuíam antecedente sorológico prévio para o HIV, incluindo ainda a quimioprofilaxia para a transmissão materno-infantil (BRASIL, 2003a).

2.2.3.1 Pré-natal da portadora de HIV

Segundo O Ministério da saúde (2012) são estabelecidas as seguintes condutas no manejo da Gestante HIV positivas dentro da Assistência ao pré-natal de alto risco. A primeira consulta da gestante portadora do HIV deve ser direcionada a fim de identificar as necessidades específicas desta mulher, como por exemplo:

- Identificação de sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas;
- Estabelecer vínculo sólido e confiança;
- Coletar informações;
- Avaliar o nível de conhecimento da paciente sobre a doença;
- Esclarecer dúvidas a respeito da patologia e sua evolução, transmissão vertical, incentivando a adesão a TARV;
- Abordar métodos de transmissão e prevenção de forma compreensível;
- Identificar outras necessidades de saúde e comportamentos de risco (uso de álcool e outras drogas).

2.2.3.1.1 Testagem anti-HIV

Recomenda-se a realização do teste anti-HIV, com o aconselhamento pré e pós-teste para todas as gestantes, a partir do consentimento da mesma, logo na primeira consulta de pré-natal, sendo que deve haver a repetição da sorologia no início do 3º trimestre, com a utilização dos testes rápidos caso se faça necessário.

2.2.3.1.2 Manejo antirretroviral (TARV)

A utilização da TARV durante a gestação pode ter dois objetivos:

- a) Profilaxia da transmissão: recomendada para gestantes que não possuem indicação de tratar infecção pelo HIV, já que são assintomáticas e o dano imunológico é pequeno ou ausente ($LT-CD4 \geq 350$ cels./mm³). Esta profilaxia é suspensa após o parto. O início do esquema deve ser precoce, com início da 14 e 28 semana de gestação.
- b) Tratamento da infecção pelo HIV: recomendada para mulheres que apresentam manifestações clínicas e/ou imunológicas graves da infecção do HIV, independentemente da gravidez ou idade gestacional. $LT-CD4 \leq 350$ cels./mm³ e na presença de coinfeções, carga viral elevada superior a 100.000 cópias, neoplasias, nefropatias etc.

2.2.3.1.3 Profilaxia antirretroviral intraparto

Independente do tipo de parto todas as gestantes devem receber AZT intravenoso (IV) desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes de cesáreas eletivas, devendo manter até clampeamento do cordão umbilical.

2.2.3.1.4 Escolha da via de parto

A escolha do tipo de parto será baseada a partir do resultado da contagem da carga viral materna que deverá ser realizada a partir da 34ª semana gestacional, juntamente com a avaliação obstétrica. Está indicado cesárea eletiva quando a carga viral for maior > 1.000 cópias/ml, cargas virais menores que este valor a, definição da via de parto poderá ser discutida, visto que dentro destas condições o parto vaginal ou parto cesárea não altera o risco de transmissão vertical do HIV.

2.2.3.1.5 Suspensão da Amamentação

A amamentação está associada a um percentual adicional de transmissão do vírus de cerca de 7 a 22%, podendo atingir 29% em casos de infecção aguda materna. Baseado nisto recomenda-se a suspensão do aleitamento materno em casos de mãe soropositiva para o HIV, devendo-se portanto a mesma ser orientada de que terá direito ao recebimento da fórmula láctea infantil, até pelo menos o sexto mês de vida da criança.

2.2.3.1.6 Planejamento reprodutivo

As mulheres que desejam ter filhos são orientadas à realização prévia de um estudo completo de avaliação clínica e ginecológica, para descartar e ou tratar patologias concomitantes, a fim de melhorar as condições maternas, para reduzir ao máximo a carga viral e o restabelecimento dos CD4 a níveis aceitáveis para a concepção.

Segundo Cartaxo (2013) a assistência a mulher gestante no período gravídico, deve levar em conta as mudanças psicológicas naturais deste período, é necessário uma assistência fundamentada na humanização, que não se restringem apenas a orientações e intervenções clínicas, deve portanto estabelecer e promover uma relação interpessoal a partir do acolhimento das experiências subjetivas positivas e negativas da gestante, identificando suas necessidades facilitando o enfrentamento da sua condição de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo aproximar o pesquisador ao problema, proporcionando familiaridade, a fim de torná-lo mais explícito ou possibilitando a construção de hipóteses. Possui um planejamento flexível, a fim de possibilitar a consideração dos vários aspectos que estão envolvidos no fenômeno estudado (GIL, 2009).

Os estudos com abordagem qualitativa têm o homem como foco de interesse da pesquisa toda a sua complexidade, universo de significados, razões e emoções, sua subjetividade. Buscando os significados, as representações e as percepções do sujeito. Por tal fato, estes estudos tornam-se ricos em suas análises para a descrição das vivências associadas ao ponto de vista desse sujeito, ou seja, levando em consideração seu aspecto cultural e seus valores (BASSORA; CAMPOS, 2012).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Referência Materno-Infantil e Adolescente do Estado do Pará (UREMIA), que por sua vez faz parte da rede assistencial do SUS no estado. Constitui-se como uma unidade ambulatorial pública estadual de média complexidade, que atende demanda referenciada de outros serviços de saúde com consultas marcadas pelo Sistema de Regulação (SISREG) SESMA/BELÉM. Esta unidade possui como perfil o atendimento ao Pré-natal de Alto risco, porém outros serviços fazem parte de sua realidade assistencial, tais como: Programa de Estimulação precoce, Programa de Follow-up de Recém-nascidos de Risco, POMI – Pólo de Odontologia Materno Infantil, Programa de atendimento integral a criança desnutrida, Programa de Orientação ao Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME), Programa de Diagnóstico da Fenilcetonúria e Hipertireoidismo Congênito (Teste do pezinho), Referência de Triagem Neonatal, Programa do Recém Nascido de Risco, Programa de Assistência Integral à Criança HIV/AIDS Positiva, Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), Planejamento Familiar, Patologia Cervical (PCCU), Colposcopia e Cirurgia de Alta frequência, além de ofertar o teste rápido para o diagnóstico do HIV via CTA, entre outros serviços.

A UREMIA encontra-se localizada na Avenida Alcindo Cacela, no Bairro de Nazaré, região central do Município de Belém, Estado do Pará. Utiliza um modelo diferenciado em

relação às outras unidades de saúde, pois seu atendimento não se limita ao padrão tradicionalista de assistência, e sim na utilização de uma filosofia de trabalho que enfatiza os processos educativos como medidas de transformação de condutas individuais e coletivas, com o intuito de proporcionar melhores condições de saúde às mulheres (SESPA, 2011).

É importante ressaltar que desde a sua implantação a unidade vem desenvolvendo um papel importante na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do HIV em mulheres gestantes e na prevenção da transmissão vertical. Possui em seu quadro uma equipe multidisciplinar para assistência ao pré-natal de alto risco composta por médicos ginecologistas obstetras, enfermeiros obstetras, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e odontólogos.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram abordadas 20 gestantes com diagnóstico positivo para o HIV, destas somente 15 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, bem como aceitaram voluntariamente participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os critérios de inclusão utilizados foram: Estar matriculada no pré-natal de alto risco; ser maior de 18 anos; gestações a partir do 3 trimestre; ter passado por pelo menos 5 consultas com a equipe multiprofissional; estar fazendo uso regular da TARV. Foram estabelecidos estes critérios por acreditar-se que essas gestantes por estarem em idade gestacional avançada e terem passado por um número razoável de consultas pré-natais, estão melhor informadas tanto sobre questões relacionadas a gravidez, quanto ao HIV/aids, bem como ao estarem fazendo uso da TARV pressupõe-se que elas conheçam o seu funcionamento, pois seriam questionadas a respeito.

Os critérios de exclusão: gestantes não matriculadas na unidade; menores de 18 anos, por necessitarem de autorização dos responsáveis; gestantes com idade gestacional abaixo de 28 semanas ou que não tinham passado por 5 consultas com a equipe multiprofissional e mulheres que não faziam uso da TARV.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no setor de atendimento ao Pré-natal de alto risco da UREMIA nos meses de janeiro a março de 2018, por meio de entrevista e análise documental que obedeceram aos preceitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos, regulamentada

pela resolução 196/96. A pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) sob o parecer de aprovação de nº 2.432.401 (ANEXO).

3.4.1 Entrevistas Individuais

Como método de coleta de dados e alcance dos objetivos deste estudo, foi realizada entrevista semiestruturada, contendo perguntas que se enquadravam na temática e problemática descrita. Para Martins (2008) as entrevistas são uma técnica de coleta dados que tem como objetivo básico perceber os significados que os entrevistados atribuem a questões e situações. As participantes foram identificadas e escolhidas de acordo com a demanda do serviço e durante a consulta de enfermagem eram convidadas a participar do estudo, após a aceitação as mesmas eram encaminhadas para uma sala reservada. As entrevistas foram aplicadas apenas às gestantes que aceitaram participar da pesquisa, demonstrado por meio da assinatura do TCLE. Inicialmente elas eram esclarecidas a respeito dos objetivos e das possíveis implicações do estudo e posteriormente entrevistadas.

Foram abordadas 20 gestantes, porém somente 15 constituíram a amostra para estudo. O roteiro contendo questões abertas (APÊNDICE B), enquanto instrumento de coleta de dados, foi elaborado a partir de um raciocínio crítico sobre as informações específicas a respeito da infecção pelo HIV que as mulheres gestantes portadoras do vírus devem receber durante as consultas de pré-natal. Compunha-se de cinco questões norteadoras:

- ✓ O que você entende sobre HIV/AIDS e sobre as formas de transmissão do vírus?
- ✓ O que você entende por transmissão vertical do HIV e como essa transmissão pode acontecer?
- ✓ O que significa a contagem de linfócitos T-CD4+?
- ✓ Para que serve a contagem da carga viral?
- ✓ O que é a Terapia Antirretroviral e como ela funciona?

Todas as entrevistas foram gravadas utilizando-se um gravador de celular, onde as mesmas possuíam um tempo médio de duração de 3 minutos. A coleta de dados ocorreu até que a sua saturação teórica fosse alcançada. A suspensão da inclusão de participantes por este tipo de saturação ocorre quando há redundância ou repetição dos dados, que deste modo não contribuirão mais para com a elaboração teórica pretendida (STRAUSS, 1967 apud FONTANELLA; MAGDALENO, 2012). Para identifica-las e preservar o sigilo, lhes foram atribuídos nomes de flores.

Em posse de todo material coletado, partimos para transcrição minuciosa das entrevistas, os áudios gravados foram explorados exaustivamente a fim de obter-se o maior detalhamento possível das falas. Durante o processo de transcrição, vícios de linguagem excessivos foram amenizados, porém tentou-se manter as falas das participantes o mais fielmente possível, omitindo somente nomes de pessoas, lugares e qualquer expressão que possivelmente pudessem identificá-las. Resultando em um conglomerado de informações prontos para análise.

3.4.2 Análise Documental

Concomitantemente as entrevistas individuais realizaram-se consulta e análise dos prontuários de cada participante da pesquisa, a fim de obter a caracterização da amostra selecionada. Esta caracterização investigou: a idade, raça, ocorrência de transmissão vertical, escolaridade, ocupação, estado civil, procedência, número de gestações tempo do diagnóstico de HIV, estado sorológico do parceiro, uso de TARV e o número de consultas de pré-natal realizadas com a equipe multiprofissional até o dia da entrevista. Estas informações também contribuíram para compreensão das pesquisadoras acerca das respostas obtidas, bem como justificam certos comportamentos e padrões percebidos durante a análise dos dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi orientada pelo método da análise de conteúdo. Segundo Moraes (1999), a análise de conteúdo através de um conjunto de técnicas de exploração, descrição e interpretação do conteúdo de documentos e textos de qualquer natureza, ajuda na reinterpretação das mensagens e promoção da compreensão de seus significados em um nível além da leitura comum, visando identificar os principais temas abordados no texto. Quando analisados adequadamente, os conteúdos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos sociais que de outro modo eram inacessíveis.

Bardin (2001, p.42) sobre sua finalidade e funcionamento, a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para tanto, divide-se a análise de conteúdo em fases fundamentais:

1º - Pré-análise

A pré-análise é o primeiro contato com o conteúdo obtido, favorecendo a organização do material e a leitura das entrevistas através da exaustividade, observando o material como um todo, não priorizando ou destacando qualquer dado; após esta etapa partiu-se para representatividade do material obtido, priorizando o material no seu todo, para então, através da homogeneidade, destacar o que efetivamente está de acordo com os objetivos da pesquisa.

Neste estudo constituiu-se como parte da pré-análise:

- 1- Organização dos roteiros das entrevistas juntamente com seus respectivos TCLEs.
- 2- Escuta das gravações e transcrição das entrevistas
- 3- Recolhimento dos dados sóciodemográficos e informações pertinentes nos prontuários.

2º - Exploração do Material

A exploração do material consistiu essencialmente na operação de codificação, onde ocorreu a transformação dos dados brutos, visando o alcance do núcleo de compreensão do texto. O processo de codificação livre, com a finalidade de definir as unidades de análise foi de natureza temática, gerando 34 códigos (unidades de análise), ou seja, as mensagens foram divididas em elementos menores, cada um deles identificado por um código que especifica a unidade da amostra da qual provém. Em seguida as unidades de análise foram isoladas, sendo ainda reelaboradas de modo que pudessem ser compreendidas fora do contexto original em que se encontravam, representando conjuntos de informações com significados completos em si mesmos.

Uma vez identificadas e codificadas todas as unidades de análise, partimos para categorização, esse processo pode ser essencialmente entendido como sendo uma redução dos dados. As categorias são resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando seus aspectos mais importantes (MORAES, 1999). A categorização das entrevistas seguiu o critério temático, pois percebeu-se que desta forma os objetivos da pesquisa seriam melhor atendidos.

Bardin (2001, p.117) sobre os princípios da categorização:

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

A partir do agrupamento das unidades de análise por seus significados temáticos, emergiram três categorias e seis subcategorias, sendo elas: 1- INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS: HIV: Presença do vírus e AIDS como doença avançada, Infecção Sexualmente Transmissível; 2- INCOMPREENSÃO DO TERMO TRANSMISSÃO VERTICAL; 3- INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O CONTROLE E TRATAMENTO DO HIV: Contagem de carga viral para quantificação do vírus, Desconhecimento sobre a contagem de Linfócitos TCD4, Terapia Medicamentosa no controle do HIV.

A seguir, o quadro 1 demonstra a articulação das 34 unidades de análise dentro das 3 grandes categorias e suas subcategorias:

QUADRO 1 – CATEGORIAS E SUAS UNIDADES DE ANALISE

Categoria	Descrição	Unidades de análise (códigos)
INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS : Presença do vírus e AIDS como doença avançada, Infecção Sexualmente Transmissível	Expressa a compreensão das gestantes acerca das informações específicas sobre o HIV/aids e suas formas de transmissão.	➤ HIV é só o vírus, aids é a doença; ➤ Doença que tem controle; ➤ HIV e aids são a mesma coisa; ➤ Prejudica a imunidade; ➤ Doença sem cura; ➤ Aceitação da condição; ➤ Doença que mata; ➤ É uma DST ➤ Não sabe distinguir HIV e aids; ➤ Transmissão via sexual; ➤ Transmissão via perfuro cortante; ➤ Transmissão via transfusional; ➤ Pesquisou por conta própria; ➤ Procurou informação em grupos.
INCOMPREENSÃO DO TERMO TRANSMISSÃO VERTICAL	Expressa a desinformação das gestantes quanto ao termo transmissão vertical do vírus HIV.	➤ Não sabe o que é transmissão vertical; ➤ Não conhece o termo transmissão vertical; ➤ Formas de transmissão vertical; ➤ Transmissão da mãe pro filho ➤ Foi informada durante as consultas; ➤ Não foi informada durante o pré-natal.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O CONTROLE E TRATAMENTO DO HIV: Contagem de carga viral para quantificação do vírus, Desconhecimento sobre a contagem de Linfócitos TCD4, Terapia Medicamentosa no controle do HIV.	Expressa a compreensão das gestantes acerca dos exames para controle da carga viral e linfócitos T CD4 e sobre o funcionamento e uso da TARV.	➤ Não sabe o que significa a contagem de linfócitos; ➤ Não sabe o que é, nem a finalidade do exame de carga viral; ➤ Quantificação dos vírus; ➤ Verificar a eficácia do medicamento; ➤ Contagem da imunidade; ➤ Linfócitos como agentes de defesa; ➤ Não sabe como funciona a TARV; ➤ Como utiliza a TARV; ➤ Efeitos colaterais da TARV; ➤ Mantem o vírus sob controle; ➤ Diminui a quantidade de vírus; ➤ Não conhece o termo TARV; ➤ Evita a progressão da doença. ➤ Reestabelece a imunidade;
--	--	---

FONTE: As autoras (2018).

3º - Tratamento dos resultados

Definidas as categorias e identificados os materiais que as constituíram, passamos a descrevê-las, de maneira a expressar o conjunto de significados presentes nas unidades de análise incluídas em cada categoria, exemplificando com trechos das entrevistas. Com base nisso, podemos então interpretar os resultados obtidos. Partimos da fundamentação teórica para explorar os significados expressos nas categorias de análise, para deste modo contrasta-los. Estes aspectos serão abordados na seção “resultados e discussão”.

4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

De acordo com os princípios éticos e legais que regem as pesquisas com seres humanos, a coleta de dados somente foi iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIBB, por meio do Parecer nº 2.432.401 (ANEXO). Além disso, foi utilizado o TCLE (APÊNDICE A), pois toda pesquisa deve ser realizada somente com o consentimento livre e esclarecido do indivíduo pesquisado. Sendo garantido o anonimato e sigilo das informações coletadas, conforme a Resolução Nº 466/12.

Neste estudo a questão ética não fez parte somente do projeto de pesquisa, mais se encontra presente em todas as etapas de elaboração e desenvolvimento do estudo, permeando desde a definição do objetivo, até o momento de divulgação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Quanto aos dados sociodemográficos os achados revelaram que as idades das gestantes entrevistadas variam de 18 a 36 anos (média de 25 anos), quanto à escolaridade a maioria possuía ensino fundamental incompleto (7 participantes), 1 possuía ensino fundamental completo, 2 ensino médio incompleto, 4 ensino médio completo e 1 nível superior. 13 se autodeclararam pardas, 1 preta e 1 branca. 13 (86,6%) são casadas ou vivem em união consensual, 2 não possuíam parceiro fixo. Em relação à ocupação somente 1 das gestantes possuía trabalho remunerado como autônoma, as demais referiam exercer serviços domésticos (donas de casa).

A média etária evidenciada no estudo assemelha-se a faixa etária mais acometida pelo HIV em mulheres no Brasil (25 a 39 anos), mulheres em idade fértil (BRASIL, 2016). A baixa escolaridade evidenciada nos resultados também demonstra consonância com outros estudos realizados no Brasil, sendo o grau de escolaridade um importante indicador de desigualdades socioeconômicas. Desde modo, o aumento do número de casos de aids em indivíduos com baixo nível escolar tem indicado uma pauperização da epidemia (GALVÃO; COSTA; GALVÃO, 2017). A questão racial, evidencia a vulnerabilidade da população parda/negra diante do HIV/aids, pois o racismo no Brasil ainda é muito presente, e também está associado a invisibilidade e a violência sexual contra mulher, contribuindo para o aumento dos casos neste grupo (LANGENDORF et al., 2011).

Outro aspecto a ser considerado é o estado civil, houve predomínio de relacionamentos estáveis, e é importante ressaltar que nestes casos é comum ocorrer a negação do diagnóstico, pois estas mulheres se sentem invulneráveis a infecção por possuírem um parceiro fixo. Neste sentido, podemos também relacionar o fato da grande maioria das gestantes entrevistadas não possuírem trabalho remunerado com a vulnerabilidade a opressão dos parceiros, visto que, dependem financeiramente deles (LANGENDORF et al, 2011 apud CARVALHO & PICCININI, 2006).

Em decorrência do perfil da instituição verificou-se a predominância (66,6%) de gestantes provenientes do interior do estado, sendo: 3 do município de Tailândia, 2 de Mãe do Rio, 1 de Vigia, 1 de Abaetetuba, 1 de Augusto Corrêa, 1 de Mojú e 1 de Ourém. Da região Metropolitana 2 eram de Belém, 2 de Ananindeua e 1 de Santa Isabel do Pará. Mas estes resultados também demonstram o fenômeno de interiorização que a epidemia da aids vem apresentando no Brasil, ocorrendo um aumento das taxas em municípios de médio e pequeno porte, atingindo aqueles que vivem em comunidades menos assistidas. Este fenômeno está relacionado, entre outras coisas, a baixa cobertura da ESF no interior do Estado, bem como aos problemas encontrados nas UBS: estrutura física inadequada, quantitativo de profissionais insuficiente, escassez de ação de promoção e prevenção em saúde (SILVA et al, 2018).

Na caracterização obstétrica das colaboradoras do estudo, observou-se que elas estavam entre a 1ª e a 5ª gestação. Com relação à transmissão vertical foi identificado 1 caso em que a gestante transmitiu o vírus ao filho em sua gestação anterior. No que diz respeito ao diagnóstico do HIV 8 participantes (53, 3%) tiveram conhecimento do diagnóstico do HIV na gestação atual, 3 conheceram em gestações anteriores e 4 fora do período gestacional, durante exames de rotina. A idade gestacional no momento da entrevista se concentrou entre 28 a 38 semanas e as gestantes possuíam em média 4 consultas de enfermagem e 5 consultas com os demais profissionais da equipe.

A maioria das mulheres tem a sorologia para o HIV diagnosticada durante o período gestacional no pré-natal, após a oferta do teste rápido, ou ainda no momento do parto, pois é recomendado que nestas ocasiões a testagem seja realizada. Logo, o pré-natal se constitui, muitas vezes, como o primeiro contato da mulher com o serviço de saúde, sendo de extrema importância que neste momento seja oferecido a ela acesso a equipe multiprofissional (LANGENDORF et al, 2011).

Outro fator analisado, diz respeito ao estado sorológico para HIV do parceiro atual, que por sua vez era desconhecido pela maioria das entrevistadas, correspondendo a um percentual de 53,3%. Ressalta-se ainda que todas faziam o uso da terapia antirretroviral na ocasião.

Como anteriormente citado, após a análise dos dados emergiram as categorias e subcategorias, com o objetivo de sintetizar as percepções das entrevistadas.

5.2 CATEGORIA 1: INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS

5.2.1 HIV: Presença do vírus e AIDS como doença avançada

Neste estudo evidenciou-se que as gestantes percebem a infecção pelo HIV como uma doença, que por sua vez, não tem cura, porém através do tratamento é possível controlá-la, e que ainda está se comporta como uma patologia que prejudica a imunidade e pode levar a morte. Ao mesmo tempo, a grande maioria entende que ter HIV não significa estar com aids. Sendo o HIV o agente causador da aids, e está à doença em si, a doença avançada:

“Assim depois que eu peguei a doença não é a mesma coisa. Porque me falaram que a AIDS já é quando você tem o vírus e pega outras doenças em cima, tipo assim pegar, aí tu tem o vírus aí tu pega uma doença qualquer, uma gripe, uma outra doença assim qualquer. O vírus ... o HIV ele só um vírus que você tem tratamento, você tem uma coisa que você pode tratar assim normalmente sem doença nenhuma. Entendeu. Assim foi que me explicaram, que eu já entendi como é. (Begonia)

“AIDS que eu sei é uma doença que compromete a imunidade da pessoa, e a pessoa com a resistência baixa vai adquirindo ainda mais doenças. (Bromélia)

“Eu entendo que o HIV é só o vírus que pode causar a AIDS, e se eu tomo o medicamento direitinho eu não vou desenvolver a AIDS, agora se eu parar pode ser que eu possa ficar doente.” (Girassol)

Durante as consultas de pré-natal com a equipe multiprofissional, as gestantes devem ser informadas quanto às especificidades da infecção pela HIV. Para tanto, a equipe deve estar sensibilizada, mobilizada e capacitada para oferecimento de um cuidado baseado nos aspectos, antropológicos, psicológicos, sociais e culturais, de forma humanizada e individualizada, garantindo assim a manutenção da qualidade de vida do binômio mãe-bebê (MENDES et al., 2015 apud BRASIL, 2002). Ao possuírem este conhecimento, as gestantes devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde a ampliarem o senso de responsabilidade, gerando uma mudança de comportamento necessária à prevenção da disseminação do vírus HIV. E para que fato as orientações oferecidas sejam efetivas, é necessário que a mulher se aproprie de informações científicas acerca de sua condição sorológica (MENDES et al., 2015).

Algumas mulheres, mesmo não sendo questionadas de forma direta, relataram seus sentimentos em relação ao diagnóstico do HIV, suas reações iniciais e posterior aceitação da condição:

“Olha essa é difícil... ah, pra mim hoje em dia é normal, eu não posso mais fazer nada pra voltar no tempo né... eu particularmente acho

uma coisa comum, agora já tá feito, tomar o remédio e pronto! Na hora eu fiquei em choque mais depois eu achei normal, como eu falei não pode mais fazer nada...” (Orquídea).

“Às vezes assim a pessoa que tá de fora pensa: Ah é uma doença que vai matar... mas na verdade se a pessoa fizer o tratamento direito não corre esse risco, só se abandonar o tratamento corre o risco, mas se seguir direito o tratamento vai viver até...” (Rosa).

Ao tomarem ciência de sua positividade para o HIV, as mulheres apresentam diversas reações emocionais. Primeiramente, essas reações correspondem ao desespero, pois elas relacionam a infecção a uma sentença de morte, e muitas vezes são levadas a reflexão quanto a seus planos pessoais e familiares. O inconformismo e a indignação também pairam sob aquelas que se julgam invulneráveis. Mas ao apropriarem-se do conhecimento sobre a evolução da doença, sinais e sintomas e suas formas de transmissão, e também aderirem ao tratamento medicamentoso, elas adequam seu estilo de vida a nova condição, demonstrando aceitação e favorecendo a preservação da saúde (MOURA; KIMURA; PRAÇA, 2010).

Quanto ao modo pelo qual as mulheres obtêm as informações relacionadas a infecção pelo HIV, duas gestantes relataram que buscaram por conta própria, com auxílio da internet, e que participaram de palestras, nas quais foram orientadas. Podemos observar através destas falas:

“Eu pesquise na internet né algumas coisas, eu pesquisei que ela não mata, que o que mata é outra doença que a gente pode contrair na baixa resistência né... e que se a gente se cuidar pode viver muito...” (Lírio).

“Assim... que eu já participei de palestras sobre falando como não transmitir o vírus HIV... protegendo, usando camisinha...” (Hibisco).

Mesmo não tendo sendo citado diretamente, o pré-natal é a ocasião mais propícia para a gestante HIV positiva adquirir as informações pertinentes quanto a sua infecção, seu estado de saúde e de seu bebê. Desde a primeira consulta ela deve ser orientada, devendo ocorrer uma troca de experiências, vivências e conhecimentos com os profissionais que as assistem. Por sua vez, os profissionais devem considerar a melhor forma de promover a compreensão das gestantes em relação a todas as nuances que envolvem a gestação e seu estado sorológico (MENDES et al., 2015).

5.2.2 Infecção Sexualmente Transmissível

Em sua totalidade, as gestantes ouvidas referiram que infecção pelo HIV ocorre por via sexual. Citaram também a transmissão sanguínea por transfusão, acidentes com perfuro cortantes e por lesões na cavidade oral. Nenhuma delas apontou a via vertical como forma de transmissão.

“É... as formas de transmissão né, é através de sexo (o principal né?!)” (Jasmim).

“Através do ato sexual. Acho que só assim.” (Orquídea)

“Sexo vaginal, sexo sem camisinha, sexo oral, esqueci o resto.” (Hortência).

“Eu já ouvi falar que pela transfusão de sangue, quando uma pessoa recebe o sangue de outra pessoa.” (Tulipa)

“Também; objetos perfurantes, utilizar né, no caso alicate, “prestobarba...” (Hibisco)

O conhecimento das gestantes acerca da transmissão via sexual do HIV, é reflexo também de suas relações conjugais. Por apresentarem, em sua grande maioria, relações heterossexuais estáveis esta via de transmissão acaba sendo a principal. Com isso, é comum que abram mão das práticas preventivas por confiarem no parceiro e por terem dificuldades em negociar a utilização do preservativo. Por tanto, a educação em saúde voltada para o casal se torna uma ferramenta importante, que viabiliza a compreensão sobre a adoção das medidas preventivas (LANGENDORF et al, 2011).

Ainda neste contexto, outro aspecto evidenciado, foi justamente a questão da vulnerabilidade de exposição ao HIV. Como elucidado na caracterização, as gestantes entrevistadas enquadram-se no grupo de maior vulnerabilidade social, pois segundo Fernandes et al (2017), a vulnerabilidade social corrobora as condições socioeconômicas, acesso a informação, grau de escolaridade; disponibilidade de recursos, discriminação e preconceito dirigidos a minorias, concepções sobre a sexualidade, entre outros; bem como possuem também vulnerabilidade individual, que diz respeito aos níveis cognitivos e comportamentais, que estão relacionados ao grau e a qualidade da aquisição dos conhecimentos sobre o HIV e aids e da capacidade de incorporá-los e utilizá-los nos relacionamentos em sociedade. Estando ligados à relação desses conhecimentos adquiridos à capacidade de colocar em prática esses conhecimentos, gerando atitudes e comportamentos práticos em relação à epidemia (apud AYRES et al, 1999).

5.3 CATEGORIA 2: INCOMPREENSÃO DO TERMO TRANSMISSÃO VERTICAL

A análise do conteúdo das respostas relevou que a maioria das mulheres não possuía a compreensão sobre este tipo de transmissão no sentido literal do termo “transmissão vertical”, visto que tal terminação não é usada comumente pelos profissionais ao direcionar as suas orientações, porém verificou-se que quando abordadas utilizando-se de termos mais familiares às mesmas, foi verificado que muitas possuíam certo grau de conhecimento sobre a transmissão vertical do HIV. Podemos verificar tal afirmação nos trechos a seguir:

“O que você entende por transmissão vertical do HIV e como essa transmissão pode acontecer”. Você já ouviu falar em transmissão vertical? (Entrevistador)

“Não”! (Azaleia).

“Transmissão vertical é a transmissão do vírus da mãe para o bebê. Você já tinha ouvido falar?” (Entrevistador)

“Isso já!” (Azaleia).

“O que você entende sobre transmissão vertical do HIV e como esta transmissão pode acontecer? Você já ouviu falar em transmissão vertical do vírus?” (Entrevistador)

“Não!” (Cravo).

“Transmissão vertical é a transmissão materna do vírus da mãe para o bebê. Você já ouviu falar que pode transmitir?” (Entrevistador)

“Ahh sim sim!” (Cravo).

Segundo Garbin (2012) é imprescindível saber o grau de percepção destas mulheres sobre a transmissão vertical, a fim de que criar métodos que possam fazer com que elas tenham conhecimento do seu estado e possam adquirir novos hábitos de saúde, devendo-se levar em consideração os fatores socioculturais em que esta mulher está inserida e que influenciam diretamente o processo de entendimento.

Uma das estratégias para a redução significativa da transmissão materno-infantil seria a elaboração de melhores métodos educacionais para as mulheres (DORVAL, RITCHIE E GRUSLIN, 2007). Observa-se que a adesão das gestantes ao tratamento e ao pré-natal podem ser aumentadas, quando estas entendem os mecanismos de transmissão vertical (MEDEIROS et al., 2015).

Em relação à compreensão acerca das formas de transmissão vertical o entendimento predominante foi a transmissão pelo parto vaginal, considerado como um risco segundo as mesmas e não como uma opção possível, sendo a cirurgia cesariana considerada por elas como uma medida de profilaxia para a transmissão vertical. A amamentação também se apresentou

como um fator de risco potencial para a transmissão, segundo a maioria das entrevistadas, que por sua vez ainda referiram terem sido orientadas, pelos profissionais que às assistem, quanto à contra indicação da mesma.

“Eu acho que no caso se for parto normal eu acho que passaria pra ele né. E através da mama.” (Margarida).

“A mãe não pode amamentar também. Ai por isso que o parto é cesáreo né, que é justamente pra não ter na hora.” (Bromélia).

“O certo mais mesmo é na hora do risco do parto, como a mãe pode tá às vezes passando do nível do coisa, se ela ter o bebê normal ele pode pegar.” (Begônia).

Apesar das orientações do Ministério da Saúde (2010) que consideram a possibilidade da via parto vaginal baseada no resultado da carga viral materna concomitante a avaliação obstétrica, ainda há o predomínio da escolha da via cirúrgica (cesariana) para as gestantes HIV positivas, evidenciado através do discurso das participantes do estudo, que consideram a cesariana eletiva como melhor estratégia para evitar a transmissão vertical do vírus.

Sabe-se que o risco de transmissão vertical aumenta a cada exposição durante a amamentação, desta forma, a mulher gestante logo após a parturição deve, por conseguinte, ter a sua lactação inibida, está por sua vez pode ser feita de forma mecânica por meio do enfaixamento das mamas ou se diante da dificuldade de execução desta técnica, pode-se adotar alternativas farmacológicas, como o uso de inibidores de lactação (BRASIL, 2015).

Segundo Jordão et al. (2016) as gestantes possuem déficit de conhecimento nos aspectos que envolvem a transmissão vertical, o que comprova a real necessidade de uma educação permanente durante o pré-natal, orquestrada de acordo com o nível de entendimento das mesmas, levando-as a compreender os aspectos relacionados a doença e suas formas de transmissão, dando-lhes autonomia e poder de decisão a partir da promoção de suas capacidades.

O conhecimento sobre da transmissão intrauterina se mostrou deficiente, revelando a necessidade de um enfoque na educação em saúde durante as consultas, a fim de esclarecer e sanar possíveis dúvidas acerca dos mecanismos de transmissão do vírus nesta fase, promovendo o empoderamento do indivíduo em seu cuidado contribuindo para a adesão ao tratamento e redução dos índices de transmissão vertical do HIV. Quando questionadas sobre as possibilidades de transmissão durante a gravidez a maioria não demonstraram ter clareza sobre o assunto.

“Pode sim. Não tá escapado de nada não.” (Begônia).

“Eu acho que também durante a gestação também, porque o sangue da mãe também vai pra criança. Eu acho só, porque eu não entendo” (Cravo).

Vários são os fatores que estão envolvidos no processo de entendimento e que devem ser levadas em consideração durante o planejamento das ações em educação em saúde a esta população. A teoria transcultural de Leininger (1978), como modelo de cuidado em saúde e prática de enfermagem, demonstra a necessidade da realização de uma análise comparativa das diferentes culturas, levando em consideração os valores, crenças e padrões de comportamento envolvidos no processo de saúde e doença, para que desta forma o planejamento do cuidado possa ser direcionado de acordo com a necessidade de cada indivíduo. O profissional que atende a gestante deve estar sensível a tais aspectos ao traçar suas orientações, a fim de que ela obtenha o conhecimento necessário para a manutenção de sua saúde e diminuição dos riscos de transmissão materno-infantil.

Desta forma o fornecimento de uma cobertura com qualidade ao pré-natal torna oportuna a possibilidade de esclarecimentos acerca dos mais variados assuntos, entre eles o conhecimento da infecção pelo HIV, bem como de suas formas de transmissão. No que concerne à transmissão vertical o conhecimento das formas de contágios e situações de risco (COSTA et al., 2013).

5.4 CATEGORIA 3: INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O CONTROLE E TRATAMENTO DO HIV

5.4.1 Contagem de carga viral para quantificação do vírus

Nesta subcategoria apresentamos os resultados referentes à análise das respostas sobre o exame de carga viral e sua finalidade, sobre o entendimento das gestantes. Verificou-se que a maioria das participantes possuía um razoável entendimento sobre o assunto. Elas relacionam a necessidade da realização do exame para determinar a quantidade de vírus circulantes no sangue e como forma de controle na evolução da doença. Tais afirmações podem ser expressas nas seguintes falas:

“A carga viral é a contagem de vírus no sangue.” (Rosa).

“Eu acho que é a quantidade de vírus né que tem no sangue.” (Tulipa).

“Carga viral é pra ver o tanto né, o tanto de vírus que tá em mim.” (Violeta).

“O que eu entendo assim é que é pra saber se tá o controle né. O vírus a... Se tá bem alto né.” (Cravo).

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde os exames de contagem de carga viral, bem como da contagem de Linfócitos TCD4 devem ser realizados de forma periódica pré-definida, a saber: solicitados na primeira consulta, devendo ser repetidos após 4 ou 6 semanas do início de TARV e por fim na 34ª semana de gestação, para que haja um controle e monitoramento efetivo da carga viral, possibilitando ainda o acompanhamento da resposta à terapia antirretroviral (BRASIL, 2010). Segundo Amorim (2014) a não realização dos exames de forma periódica no caso de gestantes aumenta o risco de transmissão materna, desta forma faz-se relevante e necessário o adequado acompanhamento e cobertura do pré-natal a estas mulheres.

Ainda segundo este autor em seus estudos foi observado que as gestantes que possuíam as maiores cargas virais foram as que descobriram a sua soropositividade apenas no pré-natal atual, que por sua vez não faziam uso da TARV e não tinham cuidados para impedir a sua recontaminação e consequente aumento da carga viral. (AMORIM, 2014).

Nos estudos desenvolvidos por Faria et al (2014) a carga viral indetectável foi utilizada como padrão de avaliação à adesão ao tratamento. Segundo estes autores vários são os fatores que influenciam diretamente neste processo. A escolaridade, idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas realizadas e presença do apoio emocional se comportaram como variáveis associadas a ter carga viral indetectável. Em seus resultados, baseado na análise de regressão binária verifica-se que as gestantes com maior apoio emocional possuíam 2,55 mais chances de apresentar carga viral indetectável durante o período gestacional, por conseguinte as mulheres que realizaram um maior quantitativo de consultas de pré-natal teriam 1,52 mais chances de possuir o mesmo estado no último trimestre de gravidez.

5.4.2 Desconhecimento sobre a contagem de Linfócitos TCD4

A maioria das participantes demonstrou desconhecimento sobre a finalidade e significado do exame, e ainda duas entrevistadas relataram não terem sido esclarecidas a respeito do assunto pelos profissionais que as assistem durante o pré-natal, demonstrando desta

forma a necessidade do fornecimento adequado de orientações sobre todos os aspectos inerentes a patologia no contexto do período gestacional. Por fim apenas uma participante demonstrou conhecimento adequado a respeito da contagem de linfócitos TCD4. Durante a análise das respostas as seguintes falas representam tais afirmações:

“Você sabe me dizer o que significa o exame contagem de linfócitos?” (Entrevistador)

“Também não!” (Hibisco)

“Ok! E o que significa contagem de linfócitos, tu sabe?” (Entrevistador)

“É contagem de carga viral? É a contagem das imunidades?” (Girassol)

“quando você recebia o exame, não diziam como os seus linfócitos estavam!?” (Entrevistador)

“não!” (Tulipa)

“E o que significa contagem de linfócitos, a senhora sabe, esse exame contagem de linfócitos?” (Entrevistador)

“Linfócitos é pra... é... são os agentes... é... se eu não engano os linfócitos são os agentes que eles bloqueia a ação do vírus, aí tem o CD4, faz o CD4 e o CD8, eles são que... tipo assim... ele não vai matar aquele vírus, mas ele vai tipo ter uma barreira pra aquele vírus não se multiplicar.” (Rosa)

A falta de informações, o desconhecimento sobre a patologia, dos riscos e cuidados, bem como a não realização periódica dos exames para acompanhamento durante o ciclo gravídico são os entraves que comprometem a assistência em saúde de qualidade e colocam em risco a vida do futuro bebê, uma vez que na falta ou deficiência destes elementos as chances de transmissão vertical aumentam. O adequado acompanhamento do pré-natal a gestante, com a realização da testagem e identificação precoce do estado sorológico, aconselhamento pré e pós teste, início da terapia medicamentosa em tempo oportuno, educação em saúde realizada a partir do reconhecimento dos cuidados em saúde e nível de entendimento da cliente, correspondem como elementos para a redução das chances de transmissão materna.

Um dos fatores complicadores para a não adesão ao protocolo de prevenção à transmissão vertical, proposto pelo Ministério da Saúde, é a falha na comunicação do profissional de saúde com a gestante, onde está por sua vez pode torna-se incapaz de compreender e aderir ao tratamento, bem como identificar e eliminar comportamentos de risco. (CECHIM, PERDOMINI e QUARESMA, 2007). É importante destacar que a falta de interesse da cliente caracterizado pelo sentimento de negação à doença, bem como a falta de acesso ao

atendimento e informações prejudicam a adesão ao pré-natal e mais uma vez aumentam os riscos de transmissão vertical.

Percebe-se que o desconhecimento e pensamentos equivocados ainda permeiam o saber de gestantes HIV positivas atendidas no pré-natal. Segundo Fonte et al. (2012) a forma da abordagem no momento da condução das orientações tem influência direta no entendimento e aceitação da mesma. Por vezes, certas orientações podem ser interpretadas como autoritárias, criando-se uma espécie de hierarquia, estando a cliente numa posição de passividade e o profissional, por sua vez, considerado como superior e detentor do saber.

O profissional, de enfermagem tem como papel fundamental o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, estas por sua vez necessitam de constante reavaliação, para que sejam identificadas as necessidades prioritárias destas mulheres, bem como as carências do próprio profissional para criar melhorias em seu atendimento. Todavia os estudos demonstram que existe prioridade no registro dos aspectos físicos e biológicos em detrimento dos registros na esfera psicossocial (NEVES, SHIMIZU, 2010).

5.4.3 Terapia Medicamentosa no controle do HIV

As gestantes a desconhecem pelo termo usual TARV (Terapia antirretroviral), porém associam o mesmo como a “utilização da medicação”. Nota-se que a maioria das participantes refere que o uso dos ARV’s possui o intuito de controlar a replicação do vírus no organismo. Apenas duas participantes do estudo associam o uso da medicação como profilaxia à transmissão vertical. Pôde-se ainda inferir que existem entendimentos equivocados e/ou informações não tão esclarecidas acerca da finalidade da terapia medicamentosa, segundo as falas de algumas das entrevistadas, esta realidade é preocupante pelo fato de que estas mulheres se encontram no último trimestre gestacional e passaram por um número significativo de consultas, com a equipe multiprofissional, durante o seu pré-natal e ainda desconhecem assuntos inerentes a sua condição sorológica e materna, o que por sua vez influencia diretamente na utilização adequada à terapia antirretroviral elevando as chances da transmissão vertical.

“Mais você já ouviu falar com este nome terapia antirretroviral ou só medicação?” (Entrevistador)

“Só medicação!” (Begônia)

“Esta pergunta fala sobre a medicação, você sabe pra que esta medicação serve?” (Entrevistador)

“Pra controlar o vírus, a imunidade da pessoa tá normal. Acho que é isso !” (Tulipa)

“Como você acha que a medicação vai agir?” (Entrevistador)

“Vão matar. Tipo assim vai matar um pouquinho os vírus. Porque me falaram assim depois que... que ela tem possibilidade de ter cura, tipo assim não há cura totalmente, mais pode ter por causa do remédio. Por causa dessa medicação entendeu?” (Begônia)

“Você acha que é importante esta medicação? Como você acha que esta medicação vai fazer no organismo?” (Entrevistador)

“Ela vai tá me protegendo né de ficar doente né. Acho que é isso.” (Cravo)

A gestação é um período de grande impacto na vida da mulher, sobretudo na presença do HIV, momento este que traz consigo difíceis desafios, sendo um destes os esforços empregados na prevenção à transmissão materno infantil do vírus. Segundo Faria et al. (2014) o fator primordial para a prevenção da infecção pediátrica é a adesão ao tratamento medicamentoso com consequente redução da carga viral, por conseguinte esta realidade tem se tornado cada vez mais difícil, principalmente no contexto da gestação.

Por ser um processo dinâmico, e por vezes, difícil, à adesão ao tratamento envolve diversos fatores dentre eles de ordem física, psicológica, social, cultural e comportamental, este “tripé” formado por indivíduos, equipe de saúde e rede social participa ativamente desse processo e nele influenciam diretamente. Avalia-se que o alcance dos níveis ideais de adesão ao tratamento seja em média de 65% das pessoas portadoras do vírus do HIV (ROCHA et al., 2010).

Ressalta-se que somente o acesso ao tratamento profilático da transmissão vertical, por si só, não constitui como garantia à adesão destas mulheres à terapia, a adequada adesão é considerada analisando-se a presença do uso regular dos ARV's com consequente redução da carga viral indetectável no último trimestre de gravidez. Uma vez que a carga viral materna elevada é o principal fator de risco relacionando à transmissão do vírus HIV da mãe para o bebê, a rigorosa adesão à terapia com os antirretrovirais torna-se “padrão ouro” para evitar a contaminação (BRASIL, 2006).

O difícil acesso aos serviços de saúde, a falta de infraestrutura, deficiência de recursos humanos e capacitação dos profissionais, aliados a influência dos aspectos sociodemográficos, psicológicos e comportamentais constituem-se como os fatores envolvidos na não adesão a terapia antirretroviral. Em nosso estudo podemos verificar que a maioria das gestantes apresentou boa adesão ao tratamento, visto que todas até o momento da pesquisa

faziam uso de TARV e grande parte possuía carga viral indetectável em seu último trimestre de gestação, apesar de estas estarem submetidas a condições sociodemográficas, possuindo vulnerabilidades sociais e individuais importantes, e ainda necessitavam de um maior apoio emocional, encontravam-se temerosas diante da possibilidade da transmissão do vírus à criança.

Nesse sentido fica claro que o início do pré-natal precocemente, aliado ao fortalecimento da rede de apoio social, principalmente no que diz respeito ao apoio emocional, é decisivo para promover a adesão ao tratamento entre estas mulheres, desta forma o planejamento de estratégias para a promoção e aumento das taxas de adesão devem levar estes aspectos em consideração (FARIA et al., 2014).

6 CONCLUSÃO

Considerando o objetivo deste estudo observou-se que as gestantes HIV positivas assistidas pelo pré-natal de alto risco na unidade possuíam uma compreensão acerca do HIV/aids, transmissão vertical, exames específicos e TARV bastante limitada, fragmentada, incongruente ou até mesmo inexistente. Apesar das gestantes apresentarem o número de consultas adequado, verificou-se que este fator não é determinante no que diz respeito ao grau de informação que estas mulheres possuem quanto aos questionamentos abordados durante a pesquisa. Através da caracterização das mulheres foi possível entender os resultados obtidos, pois elas se encontram no grupo de maior vulnerabilidade de exposição ao HIV devido suas condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo grau de escolaridade, acesso precário a informação e relações conjugais hierarquizadas, contribuindo para dificuldade na adoção de medidas preventivas para a transmissão vertical do HIV no período gestacional.

A falta de conhecimento desta população acerca dos mecanismos básicos da infecção, bem como de medidas necessárias para evitar a contaminação ao bebê reflete a fragilidade na assistência, seus aspectos biopsicossociais são pouco considerados. Diante desta realidade é necessário que as ações em saúde prestadas pela equipe multiprofissional, sejam orientadas a partir de aspectos que vão além da dimensão do período próprio e natural da gestação e de procedimentos obstétricos.

Uma realidade importante a ser ressaltada é a de que o serviço possui uma demanda intensa e diversificada, onde todas as gestantes com gravidez considerada de alto risco advindas do interior do estado são atendidas, levando a uma indisponibilidade adequada de tempo para as consultas e prejudicando o processo de educação em saúde nos aspectos relativos à infecção pelo vírus HIV. A motivação profissional também é outro fator que leva as falhas na educação em saúde. Durante o período de estudo dentro da unidade, não foi observada a realização de capacitação dos profissionais, através da existência de cronograma periódico, que contemplasse o tema: HIV/aids, bem como não foi observado a existência de grupos ou rodas de conversa com as gestantes que abordassem os aspectos mais específicos sobre a transmissão vertical.

Esta pesquisa ainda possibilitou a ampliação do olhar das pesquisadoras, quanto à importância da forma de abordagem e orientação durante o pré-natal de gestantes HIV positivas sobre os aspectos de sua condição sorológica. Pois se verifica que as informações a esse respeito não se fazem claras, logo, é imprescindível que as estratégias para o processo-ensino aprendizagem sejam revistas e modificadas de forma a se fazerem eficazes, e incorporadas ao

dia-a-dia da equipe multiprofissional de assistência pré-natal. Destacando o profissional enfermeiro como protagonista na educação em saúde dos serviços ao qual participa.

A identificação de falhas no processo de transmissão das informações, justifica a necessidade de modificações metodológicas na abordagem ao tema para as gestantes. Acredita-se que como estratégia e contribuição para o serviço, seria oportuno a confecção de uma cartilha contendo as informações relativas ao HIV/aids, a fisiopatologia, formas de transmissão e também trazendo a explicação a respeito dos exames realizados pelo indivíduo infectado e sobre o tratamento com os ARV's. Sendo este material de linguagem clara e adequada e com ilustrações que facilitem o entendimento, e que possa ser fornecido para todo tipo de público, com prioridade para as mulheres grávidas atendidas pela unidade.

Como aspectos limitantes para os resultados do estudo, podemos destacar a falta de experiência das autoras no campo de pesquisa, pois a pesquisa qualitativa com análise de conteúdo demanda um conhecimento, que na maioria das vezes não é tão explorado durante a academia, bem como ainda é pouco relacionado a trabalhos acadêmicos desta natureza e na área da enfermagem em nosso Estado.

Estudos como este, possibilitam um alcance ampliado em relação aos aspectos que compõe a saúde do indivíduo, e permitem uma assistência realmente holística. Profissionais comprometidos em melhorar a qualidade no atendimento ao pré-natal natal de alto risco, bem como o atendimento no Sistema Único de Saúde como um todo, estão dispostos e abertos a mudanças, buscando sempre atualizações e baseando sua pratica profissional em evidencias científicas. No entanto, para que se disponibilizem profissionais deste nível, as instituições de ensino devem forçar na formação crítica e reflexiva, entendendo o seu papel fundamental na construção da assistência à saúde de maneira efetiva e qualificada, e contribuindo para constituição de uma sociedade melhor.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY E.; SAUNDERS C.; LACERDA E. M. Nutrição em obstetrícia e pediatria. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 2, p. 203-204, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21007.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

AMORIM A. K. B. A. **Avaliação de carga viral e linfócitos CD4+ de gestantes soropositivas em tratamento antirretroviral**. Campina Grande – PB, 18 f., Trabalho de conclusão de curso (Graduação), Universidade Estadual da Paraíba, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Juliette/Desktop/ARTIGO%20TCC/TEXTOS%20PARA%20DISCUSS%C3%83O/PDF%20%20Anne%20Karine%20Barbosa%20Alves%20Amorim.pdf>> Acesso em: 10 mai. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2010.

BARROSO L. M. M., GALVÃO M. T. G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n3, p. 463-9, Julho/set, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/a12v16n3.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

BASTA, P. C. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/23.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília: MS, Coleção DST/AIDS- série Manuais, n. 57, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, 2006. Disponível em: <<https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/137/2016/07/Consenso-brasileiro-da-TARV-em-gestantes-2006.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Manual de Bolso, Brasília, DF, Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids, 2007. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsfilis_manualbolso.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco-Manual Técnico**. Brasília, DF, 301, 2010. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento” Unidade de Assistência**. 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf >. Acesso em: 4 jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco-Manual Técnico**. Brasília, DF, 301, 2012. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília, DF, 83, 2013a. Disponível em: < http://www.pncq.org.br/uploads/2016/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf >. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS**. Brasília, DF, 73, 2013b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/52934/_p_vers_atilde_o_preliminar_do_protocolo_cl_iacute_26118.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis E Hepatites Virais**. Brasília, DF, Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/57801/pcdt_transmissao_vertical_miolo_pdf_67895.pdf?file=1&type=node&id=57801&force=1> Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico – HIV/AIDS**. Ano V, n 01. 2016. Disponível em: < http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/boletinsExternos/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf > Acesso em: 04 jun. 2017.

BRITO, A. M. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia antirretroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40(Supl), p.18-22, 2006. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2235/1/04.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

CARNEIRO, A. J.; COELHO, E. A. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1217-

1226, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/031.pdf>>. Acesso em 07 jun. 2017.

CARTAXO, C. M. B. et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, v.18, n.3, p. 419-427, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n3/02.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 345-355, 2006. Disponível em:< <file:///C:/Users/Juliette/Downloads/7693-21634-1-PB.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

CECHIM P. L.; PERDOMINI F. R. I.; QUARESMA L. M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 5, out. 2007. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019610007.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

DHALIA C.; BARREIRA D.; CASTILHO E.A. A AIDS no Brasil: situação e tendências. **Boletim Epidemiológico AIDS**, São Paulo, n. 13, 1999/2000. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/udtv/boletim%5de%5Fjun00/sumario%5Fjun00.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

FARIAS E. R. et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 197-203, Abril/Junho, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/09.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

FERNANDES, Nilo Martinez et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.1-12, 2017. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00053415.pdf>>>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

FONTE V. R. F. et al. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS. **Rev. enferm.** v. 20, n. 4, p.493-9, outubro/dezembro, 2012. Disponível em:<<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5224>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

FONTANELA BJB, MAGDALENO RJ. Saturação Teórica Em Pesquisas Qualitativas: Contribuições Psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a07.pdf>>>. Acesso em: 03 de maio de 2018.

FRANCO, DIVALDO; ANGELIS, JOANNA. **Fonte de luz**. Minas editora, Araguari-MG, 2016.

GALVÃO JMV, COSTA ACM, GALVÃO JV. Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 1, p. 4-8, 2017.

GARBIN C. A. S. et al. A transmissão Vertical do HIV na percepção de mulheres brasileiras. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.33, n.1, p. 41-45, Janeiro/Junho, 2012. Disponível em: < <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2013/05/41.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LAURA H. C. et al. Maternal anthropometric characteristics in pregnancy and blood pressure among adolescents: 1993 live birth cohort, Pelotas, southern Brazil. **BMC Public. Health**. v.10, p.434, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918557/?report=classic>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

LANGENDORF TF, PADOIN SMM, VIEIRA LB et al. Gestantes que Tem HIV/Aids no Contexto da Transmissão Vertical: Visibilidade da Produção Científica Nacional na Área da Saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 3, núm. 3, 2011. Disponível em: << <http://www.redalyc.org/html/5057/505750889026/>>>. Acesso em: 03/05/2018.

MEDEIROS, Ana Paula Dantas Silva et al. A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.362-367, 29 jul. 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.17918>. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a12.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MELO, Willian Augusto de et al. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p.82-91, jan. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Gabriela Campos/Downloads/24981-125431-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MENDES, Raquel Silveira et al. REALIZAÇÃO DA SOROLOGIA PARA HIV NO PRÉ-NATAL: CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DA GESTANTE. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.12-22, 28 ago. 2015. Disponível em: << <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/439/430>>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

MOFENSON L. M. Prevention in neglected subpopulations: prevention of mother-to-child transmission of HIV infection. **Clin. Infect. Dis.** v. 50, Suppl 3, p.130-48, 2010.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <<
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf>>. Acesso em: 01/05/2018.

MOURA, Edilene Lins de; KIMURA, Amélia Fumiko; PRAÇA, Neide de Souza. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. **Acta**, São Paulo, v. 23, p.206-11, 2009. Disponível em: <<
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/09.pdf>>>. Acesso em: 21 de maio de 2018.

MOURA E. L.; PRAÇA N. S. Transmissão vertical do HIV: Expectativas e ações das gestantes soropositivas. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. V.14, n.3, p. 405-13, 2006. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/2311/2450>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

MULLIGAN K.; TAI V. W.; SCHAMBELAN M. Energy expenditure in human immunodeficiency virus infection. **N. Engl. J. Med.** v.336, n.1, p.70-1, 1997. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9625389>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

NEVES R. S., SHIMIZU H. E. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm**. v. 63, p. 222-9, março/abril, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09>>. Acesso em: 08 mai. 2018.

OLIVEIRA A.R.S. **Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem resultado de sorologia anti-hiv na maternidade**. Belo horizonte, 128 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2007.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p.223-232, 2004. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n3/a03v20n3.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PURIFICAÇÃO, A.C.S. **Perfil epidemiológico de gestantes portadoras do HIV atendidas em uma unidade de referência**. Belém, Monografia (TCC) – Universidade Federal do Pará, 2011.

RIGONI, E. et al. Sentimentos de mães portadoras de HIV/AIDS em relação ao tratamento preventivo do bebê. **Psicologia - USF**, v. 13, n.1, p. 75-83, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a10.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

Rocha G. M. **Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no brasil: um urgente desafio**. Belo Horizonte – MG, 112 f., Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-84ZGLH/gustavo_machado_rocha.pdf;jsessionid=2FE7FFCCEEEF3179A0A800BA3B6097FB?sequence=1>. Acesso em: 20 mai. 2018.

SANTOS, E. M. et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 257-269, jul/set 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12336/2/Epidemiol_Serv_Saude_19_257-269.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS. Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. **Alimentação para crianças nascidas de mães portadoras de HIV**. São Paulo; 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA. **Unidade de Referência Especializada Materno infantil Adolescente**, 2011. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=98>. Acesso em: 23 jun. 2017.

SHARPSTONE, D. et al. The influence of nutritional and metabolic status on progression from asymptomatic HIV infection to AIDS-defining diagnosis. **AIDS**. v.13, n. 10, p.1221-6, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000114&pid=S1415-5273200300040000900025&lng=en>. Acesso em: 3 jul. 2017.

SILVA, R.M.O.; ARAÚJO, C.L.F.; PAZ, F.M.T. Esc Anna Nery Ver. Enferm. enfermagem. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a04.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

VILLAMOR E. et al. HIV status and sociodemographic correlates of maternal body size and wasting during pregnancy. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v.56, n.5, p. 415-24, 2002. Disponível em: <<https://www.nature.com/ejcn/journal/v56/n5/pdf/1601328a.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMPREENSÃO DE GESTANTES HIV POSITIVAS SOBRE HIV/AIDS E TRANSMISSÃO VERTICAL

Você está sendo convidado para participar do estudo **COMPREENSÃO DE GESTANTES HIV POSITIVAS SOBRE HIV/AIDS E TRANSMISSÃO VERTICAL**, que tem como finalidade, conhecer a compreensão de gestantes portadoras do HIV acerca do vírus/doença, formas de transmissão vertical e horizontal, significado da contagem de LTCD4+, carga viral e Tratamento Antirretroviral, a partir do terceiro trimestre de gestação, assistidas no pré-natal de alto risco de uma unidade de referência materno infantil. Participarão dessa pesquisa: mulheres gestantes HIV positivas matriculadas na UREMIA e que estejam no último trimestre de gestação, com diagnóstico confirmado no período de 12 meses no máximo e maiores de 18 anos. Como risco a quebra de sigilo e anonimato existem, porém todos os esforços serão demandados para não ocorrência dos mesmos, através da garantia ao anonimato, a privacidade, a proteção da imagem, a não-estigmatização e a não utilização das informações em prejuízo das participantes. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como benefícios a possibilidade da construção de dados importantes e que servirão como base para a melhoria da qualidade da assistência nas consultas de enfermagem, prestada as gestantes HIV positivas durante o pré-natal de alto risco, na medida em que forem identificadas possíveis carências acerca das informações sobre o Vírus, Transmissão Vertical, Tratamento entre outros, poderão ser criadas estratégias que subsidiem o seu esclarecimento a partir do planejamento de ações que possam garantir a qualidade no repasse destas informações, contribuindo dessa forma para a prevenção e promoção a saúde, relacionadas às formas de transmissão vertical e horizontal do vírus.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme

Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhuma das etapas usadas oferece riscos à sua dignidade.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada, em hipótese alguma a identificação de nenhum participante. Você possui o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Nos comprometemos em utilizar os dados e as informações coletadas somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“COMPREENSÃO DE GESTANTES HIV POSITIVAS SOBRE HIV/AIDS E TRANSMISSÃO VERTICAL”**.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu relacionamento neste Serviço.

Belém, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data: __/__/__

Entrevista: ____

1ª) O que você entende sobre HIV/AIDS e sobre as formas de transmissão do vírus?

2ª) O que você entende por transmissão vertical do HIV e como essa transmissão pode acontecer?

3ª) O que significa a contagem de linfócitos T-CD4+?

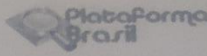
4ª) Para que serve a contagem da carga viral?

5ª) O que é a Terapia Antirretroviral e como ela funciona?

ANEXO

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPREENSÃO DE GESTANTES HIV POSITIVAS SOBRE HIV/AIDS E TRANSMISSÃO VERTICAL

Pesquisador: DANIELLE SARAIVA TUMA DOS REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78765317.2.0000.0017

Instituição Proponente: Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.432.401

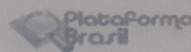
Apresentação do Projeto:

O manejo clínico das gestantes de alto risco, inclusive as HIV positivas durante o pré-natal, incluem uma assistência integralizada por parte de toda a equipe de saúde, da equipe multidisciplinar. O uso de uma linguagem acessível ao paciente é fundamental para explicar os aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, e também a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da terapia antirretroviral (TARV), contribuindo para a adesão ao seguimento e ao tratamento (BRASIL, 2012). Por essa razão se faz necessária a atuação do enfermeiro na consulta pré-natal com enfoque na orientação e educação sobre o vírus e doença. **PROBLEMÁTICA:** importância da atuação da enfermagem no contexto da assistência de Enfermagem à gestantes HIV positivas. O manejo inadequado das gestantes durante as consultas do pré natal, como a insipiência de informações necessárias sobre a doença, transmissão vertical e Horizontal, significado da contagem de LTCD4+, carga viral e TARV, bem como a má condução na transmissão destas informações; comprometem a adesão e a qualidade do tratamento, levando ao aumento dos riscos de transmissão horizontal e vertical da AIDS. Baseando-se nesta problemática elaborou-se a seguinte questão norteadora que conduziu a pesquisa: Qual a compreensão de gestantes HIV positivas sobre o HIV/AIDS e transmissão vertical? Tal pesquisa visa conhecer a compreensão de gestantes portadoras do HIV a cerca do vírus/doença, formas de transmissão vertical e horizontal, significado da contagem de LTCD4+, carga viral e Tratamento Antirretroviral, a partir do terceiro trimestre de gestação, assistidas no

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA **CEP:** 66.073-000
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-6754 **Fax:** (91)3201-6663 **E-mail:** cep@ufpa.br

Página 01 de 05

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.432.401

- 2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;
- 4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- 6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

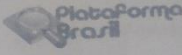
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_993349.pdf	06/12/2017 12:54:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/12/2017 12:53:30	DANIELLE SARAIVA TUMA DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/12/2017 12:52:07	DANIELLE SARAIVA TUMA DOS REIS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	11/10/2017 08:35:36	DANIELLE SARAIVA TUMA DOS REIS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/10/2017 08:35:24	DANIELLE SARAIVA TUMA DOS REIS	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	11/10/2017 08:29:54	DANIELLE SARAIVA TUMA DOS REIS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

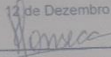
Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4467
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6863 E-mail: cep@ufpa.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.432.401

BELEM, 12 de Dezembro de 2017


Assinado por: Kátia Regina Silva da Fonseca
Coordenador Adjunto do
CEP / HUJBS / UFPA

Kátia Regina Silva da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487 CEP: 66.073-000
Bairro: GUAMA
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (51)3201-6663 E-mail: cehujbs@ufpa.br

Página 03 de 05