

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KAROLAYNE LIMA SANTOS

**CONSULTA COLETIVA: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTANTES**

MACEIÓ – AL

2020

KAROLAYNE LIMA SANTOS

**CONSULTA COLETIVA: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Enfermagem, da Universidade Federal
de Alagoas, como requisito parcial para obtenção
do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mcs. Sueli Teresinha Cruz
Torres

MACEIÓ - AL

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237e Santos, Karolayne Lima.
Consulta coletiva : uma estratégia para a redução da transmissão vertical do HIV em gestantes / Karolayne Lima Santos. – 2020.
56 f.

Orientadora: Sueli Teresinha Cruz Rodrigues.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 40-45.
Apêndice: f. 46-47.
Anexo: f. 48-56.

1. Gestantes. 2. HIV. 3. Transmissão vertical de doença infecciosa. 4. Processo grupais. 5. Enfermagem. I. Título.

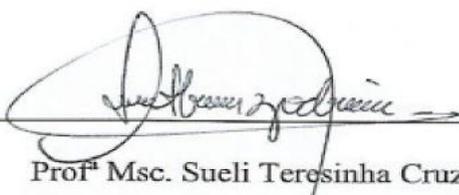
CDU: 616-083: 618.3:578.828HIV

Folha de Aprovação

AUTORA: KAROLAYNE LIMA SANTOS

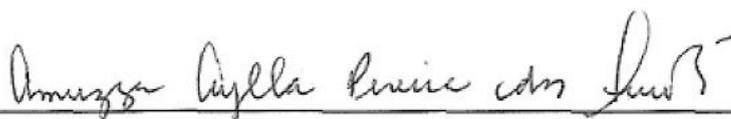
(Consulta coletiva: uma estratégia para redução da transmissão vertical do HIV em gestantes / Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, na forma normatizada e de uso obrigatório).

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao corpo docente da
Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Alagoas
e aprovado em 12/02/2020.

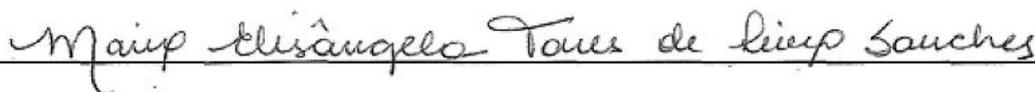


Prof^a Msc. Sueli Teresinha Cruz Rodrigues

Banca Examinadora:



Prof^a Dr^a Amuzza Aylla Pereira dos Santos



Prof^a Msc. Maria Elisângela T. De Lima
Sanches

AGRADECIMENTOS

À Deus,
pela sua infinita bondade e amor.

À minha mãe e irmãs, razão de tudo,
por serem as maiores estimuladoras e encorajadoras que eu poderia ter.

À minha família amada,
por estar sempre presente, perto ou longe.

Às minhas queridas amigas,
por todo apoio, carinho e parceria, por serem família.

Ao meu bem,
por ser o melhor parceiro dessa vida, ser e estar presente.

Às professoras, orientadoras, supervisoras, preceptoras,
pela contribuição no meu crescimento profissional e pessoal.

Às mulheres vivendo com HIV, que aceitaram dividir comigo essa experiência,
compartilhando suas vidas, alegrias, tristezas e conquistas, que me ensinaram sobre
força, garra e resiliência.

A todos estes, o meu coração totalmente grato, e a reafirmação do meu compromisso em
honrar todo tempo e incentivo a mim investidos, se dedicar a essa profissão linda e
procurar ser e fazer a diferença na vida daqueles que cruzarem o meu caminho.

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino. A feminização da epidemia incide sobre as gestantes e, assim, sobre parte da população infantil, pois as gestantes infectadas, pela transmissão vertical (TV) têm a possibilidade de infectar o filho durante a gestação, parto e pós-parto. O Ministério da Saúde afirma que em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo conhecer a efetividade da educação em saúde no grupo de gestantes com HIV atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da cidade de Maceió-Alagoas como estratégia para redução da transmissão vertical. Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória, com a abordagem qualitativa, aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com formulário semi-estruturado e consulta aos prontuários, categorizados de acordo com a técnica de análise de Minayo. A pesquisa foi realizada no período de Novembro de 2019 a Janeiro de 2020 com 8 mulheres portadoras do HIV que participaram do grupo de apoio à gestantes. Assim tornou-se possível identificar dois eixos temáticos: Condição sorológica para as Mulheres Vivendo com HIV (MVHIV) e Acompanhamento e participação na consulta coletiva. Por conseguinte, foi possível concluir que o perfil das MVHIV concorda com as literaturas citadas, como também perceber a relevância dos testes realizados no pré-natal para detecção do HIV. As mulheres revelaram sobre os conhecimentos adquiridos sobre a condição a partir da estratégia de educação em saúde, assim como o estímulo para adesão ao tratamento através do conhecimento da relevância deste na prevenção da transmissão vertical (TV). O estudo também evidenciou que através da consulta coletiva as MVHIV passaram a exercer a aceitação a respeito da condição, o que evidencia a metodologia como uma estratégia eficaz para contribuição na redução da TV.

Descritores: Gestantes. HIV. Transmissão vertical de doença infecciosa. Processos grupais. Enfermagem.

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) was recognized in the middle of 1981, in the USA, from the identification of a high number of adult male patients. The feminization of the epidemic affects pregnant women and, therefore, part of the child population, since pregnant women infected by vertical transmission (TV) have the possibility of infecting their child during pregnancy, childbirth and postpartum. The Ministry of Health states that in planned pregnancies, with interventions performed properly during prenatal care, childbirth and breastfeeding, the risk of vertical HIV transmission is reduced to less than 2%. Therefore, the present study aims to understand the effectiveness of health education in the group of pregnant women with HIV treated at a Specialized Service (SAE) in the city of Maceió-Alagoas as a strategy to reduce vertical transmission. This is a descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, approved by the Municipal Health Department of Maceió and by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas. Data were collected through interviews with a semi-structured form and consultation of medical records, categorized according to Minayo's analysis technique. The research was carried out from November 2019 to January 2020 with 8 women with HIV who participated in the support group for pregnant women. Thus, it became possible to identify two thematic axes: Serological condition for Women Living with HIV (MVHIV) and Monitoring and participation in the collective consultation. Therefore, it was possible to conclude that the profile of MVHIV agrees with the aforementioned literature, as well as to realize the relevance of tests performed in prenatal care for HIV detection. Women revealed about the knowledge acquired about the condition from the health education strategy, as well as the encouragement to adhere to treatment through the knowledge of its relevance in the prevention of vertical transmission (TV). The study also showed that, through collective consultation, MVHIV began to exercise acceptance regarding the condition, which highlights the methodology as an effective strategy to contribute to the reduction of TV.

Descritores: Pregnant woman. HIV. Vertical transmission of infectious disease.

Group processes. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV antirretroviral

AZT zidovudina

CV carga viral

HIV vírus da imunodeficiência humana (human immunodeficiency virus)

HIV-1 vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (human immunodeficiency virus - type 1)

HIV-2 vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (human immunodeficiency virus - type 2)

IST infecção sexualmente transmissível

LT-CD4+ linfócitos T-CD4+

MS Ministério da Saúde do Brasil

MVHIV mulheres vivendo com HIV

OMS Organização Mundial da Saúde

PCDT protocolo clínico e diretrizes terapêuticas

PCDT-TV Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais

PEP profilaxia pós-exposição (post-exposure prophylaxis)

PrEP profilaxia pré-exposição sexual (pre-exposure prophylaxis)

PTV prevenção da transmissão vertical

PVHIV pessoa vivendo com HIV

RN recém-nascido

SAE Serviço de Atenção Especializada

Sinan Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS Sistema Único de Saúde

TARV terapia antirretroviral

TR teste rápido

TV transmissão vertical

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	5
2.1.	Objetivo Geral	5
2.2.	Objetivo Específico	5
3	REVISÃO DE LITERATURA	6
3.1	A feminização do HIV	6
3.2	Transmissão Vertical	8
4	MATERIAL E MÉTODO	11
4.1	Tipo de Estudo	11
4.2	Cenário	12
4.3	Participantes da pesquisa	13
4.4	Critérios de Inclusão	13
4.5	Critérios de Exclusão	13
4.6	Coleta de Dados	13
4.7	Procedimento e aspectos éticos	15
4.8	Aproximação das participantes	16
4.9	Análise dos dados	16
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.1	Caracterização das participantes do estudo	18
	Dados sociodemográficos	18
	Dados ginecológicos e obstétricos	21
5.2	Eixos temáticos	24
5.2.1	Condição sorológica para as MVHIV	24
5.2.2	Acompanhamento e participação na consulta coletiva	28
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES E ANEXOS	46

1 INTRODUÇÃO

O Grupo de gestantes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) cadastrados em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da cidade de Maceió-Alagoas como estratégia para redução da transmissão vertical, constitui o objeto deste estudo. O interesse na realização deste estudo se deu através da experiência na disciplina de Saúde da Mulher, e a percepção da importância do contato com o público de gestantes em situação de vulnerabilidade, que constitui o público-alvo desta pesquisa.

Em 1981, nos EUA, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que pôde levar à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (BRASIL, 2002).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente etiológico da síndrome, foi identificado em 1983. Pertence à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos. É um vírus RNA que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, que pode, então, se integrar ao genoma da célula do hospedeiro. As células que apresentam a molécula CD4 em sua superfície são os principais tipos de células infectadas pelo vírus, predominantemente Linfócitos CD4+ e Macrófagos. A molécula CD4 age como receptor do vírus, mediando a invasão celular (RACHID & SCHECHTER, 2017). A contagem de linfócitos T CD4+ é utilizada como marcador de progressão da imunodeficiência induzida pelo retrovírus (Rachid M. & Schechter M.; Dover JS & Johnson RA; Hughes MD et al APUD CARDOSO et al, 2002). O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2017).

Segundo Meirelles (2016), houve um aumento progressivo do número de casos em mulheres, desde o surgimento da epidemia de Aids em 1980, processo conhecido como feminização da epidemia. Após a primeira década, marcada pelo predomínio de casos entre homens, o aumento da infecção entre mulheres na década de 1990 fomentou

um grande número de estudos e intervenções voltados para este grupo. Com a mudança do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/aids no país e a relativa estabilização do seu crescimento entre mulheres a partir dos anos 2000, esta produção teve seu volume reduzido. O Brasil é considerado, hoje, um país de epidemia concentrada, na qual as mulheres não constituem um grupo populacional prioritário, apesar da notificação de novos casos entre elas e do aumento da taxa de detecção entre gestantes (BRASIL, 2015). Segundo dados de 2014 do Ministério da Saúde, ainda que o cenário epidemiológico recente seja de um aumento de casos entre jovens gays e outros homens que fazem sexo com homens e do aumento na razão homem/mulher nos casos de aids, 35% dos casos ocorrem em mulheres, a maioria em seu pico reprodutivo (25 a 39 anos de idade), e a transmissão heterossexual responde por 97,4% deles.

Nesse contexto, a feminização da epidemia incide sobre as gestantes e, assim, sobre parte da população infantil, pois as gestantes infectadas, pela transmissão vertical (TV) têm a possibilidade de contaminar o filho durante a gestação, parto e pós-parto (CARTAXO, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil até o ano de 2016, apresentou aumento nos últimos dez anos; considerando que em 2006 a taxa observada foi de 2,1 casos por 1.000 NV, em 2016, esse valor passou para 2,6 (BRASIL, 2017). Nessa conjuntura, estimativas apontam que, a cada ano, cerca de 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV, fazendo com que a transmissão vertical seja responsável por praticamente todos os casos da infecção em crianças menores de 13 anos (SILVA et al, 2017).

Para a mulher, em geral, o ciclo gravídico configura uma experiência singular e complexa, permeada por vivências ambivalentes, como alegria/tristeza, segurança/insegurança, amor/raiva, etc. Para as gestantes portadoras de HIV, essa ambivalência também se faz acompanhar de um estado de ansiedade e culpabilidade decorrente da possibilidade de infecção do filho pela TV (CARTAXO, 2013). Embora o esquema profilático da Terapia Antiretroviral (TARV) reduza, significativamente, o risco de infecção, propiciando certa tranquilidade para a gestante, ainda persiste uma condição de ansiedade, pois algumas informações fornecidas durante o aconselhamento da TARV são geradoras de expectativas negativas, ou seja, o risco de infecção é reduzido, mas não é total; o diagnóstico definitivo de não infecção do recém-nascido se

estende até os 18 meses de nascida; e o uso de antirretrovirais pode acarretar efeitos adversos potenciais para a gestante e o feto ou recém-nascido (CARTAXO, 2013).

De acordo com Friedrich (2016), a TV do HIV pode ocorrer em três períodos: intrauterino, no nascimento (intraparto) ou durante a amamentação (pós-parto). O HIV pode ser transmitido dentro do útero pelo transporte celular transplacentário, por meio de uma infecção progressiva dos trofoblastos da placenta até que o vírus atinja a circulação fetal, ou devido a rupturas na barreira placentária seguidas de microtransfusões da mãe para o feto. A transmissão durante o parto ocorre pelo contato do bebê com as secreções infectadas da mãe ao passar pelo canal vaginal, por meio de uma infecção ascendente da vagina para as membranas fetais e para o líquido amniótico ou por meio da absorção no aparelho digestivo do RN. No período após o parto, a principal forma de transmissão é a amamentação. Em crianças não-amamentadas, a transmissão intraútero tardia e no período intraparto parecem ser os momentos de maior risco para TV. Cerca de 65% das infecções ocorrem no período periparto, e 95% ocorrem até 2 meses antes do nascimento.

O Ministério da Saúde, no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais (2019), afirma que em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento, está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 45% .

A melhora da qualidade e da expectativa de vida entre as pessoas que vivem com HIV demandam cuidados específicos dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros que desenvolvem atividades assistenciais nos três níveis de atenção à saúde (SPINDOLA et al, 2015). Diante da possibilidade da redução da TV o mais precocemente possível, a orientação é que os profissionais de saúde atuem com vistas às atividades educativas, aconselhando às gestantes e puérperas infectadas pelo HIV sobre os riscos e a prevenção da transmissão da gestação ao puerpério (LIMA et al, 2018).

Conforme Lima et al (2018), estudos realizados mostraram déficit de conhecimento sobre a transmissão vertical por parte das gestantes com HIV. Esse desconhecimento aponta para o fato de que essa é uma população ainda pouco assistida

em seus aspectos biopsicossociais, necessitando de atenção multiprofissional. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde estarem capacitados para reduzir a lacuna relativa a falta de acesso às informações entre as mulheres que vivem com HIV e o déficit de conhecimento sobre a TV. Nesse contexto, entra em cena o papel do enfermeiro, que tem, dentro do seu pilar formativo, a educação em saúde, podendo ultrapassar o processo clássico de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir em busca da adoção de comportamentos saudáveis.

Nessa circunstância, os grupos de apoio à gestantes portadoras de HIV, segundo Raserá (2003), possibilita ao participante uma fonte substituta de apoio e encorajamento, faz diminuir seus medos, ansiedades, a sensação de isolamento e proporciona a aprendizagem de novas maneiras de lidar com o HIV/AIDS. As intervenções grupais capacitam seus membros a desenvolver um senso mais positivo de si próprio, serem mais ativos e seguros, havendo aumento de autoestima e o encontro de novos significados na vida (Getzel, 1991 apud RASERA, 2003).

Isto posto, é nessa perspectiva que o presente estudo se concentra, com o seguinte questionamento norteador: **“Um grupo de apoio às gestantes com HIV pode constituir uma estratégia eficaz para redução da transmissão vertical?”**

Este estudo justifica-se no fato de que as gestantes que vivem com HIV apresentam demandas e necessidades específicas. De acordo com o estudo realizado por Cartaxo et al (2013), as gestantes têm dificuldades imediatas para aderir aos medicamentos antirretrovirais, relutância em aceitar a possível indicação do parto cesáreo e frustração, permeada por sentimentos de culpa, diante da impossibilidade de amamentação do filho. Observa-se, assim, a necessidade de ações de apoio socioemocional a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde para favorecer o enfrentamento da transmissão vertical. O Ministério da Saúde (2018) complementa com o fundamento de que a linguagem acessível à pessoa é fundamental para explicar os aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, bem como a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da TARV, contribuindo para a adesão ao tratamento e ao seguimento.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Conhecer a efetividade do grupo de gestantes com HIV realizado no bloco I do PAM Salgadinho, como uma estratégia para a redução da transmissão vertical.

2.2. Objetivo Específico

- Descrever a efetividade do grupo na redução da transmissão vertical;
- Analisar o conhecimento das mulheres a respeito da síndrome e da transmissão vertical antes e depois da participação no grupo;
- Descrever o perfil sócio demográfico das mulheres que passaram pelo grupo de gestantes com HIV.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A feminização do HIV

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foi identificado como agente etiológico da Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) na década de 1980. A denominação 5 H's foi criada para relacionar a doença às pessoas identificadas como Homossexuais, Hemofílicas, Haitianas, Heroinômanas (usuários de drogas injetáveis) e/ou Hookers —do inglês, profissionais do sexo—, dos grandes centros urbanos (GÓIS et al, 2017). Nesse contexto, a eclosão de uma epidemia, durante muito tempo associada a “grupos de risco” desviantes das normas sociais, não estaria representando uma ameaça àquelas que faziam o uso “correto de sua feminilidade”. A mulher, então, estaria designada ao matrimônio monogâmico e a sexualidade teria a procriação como única finalidade (LOURENÇO et al, 2018).

Uma das principais e mais marcantes mudanças do perfil epidemiológico da doença se deu com o aparecimento da síndrome entre mulheres e crianças. O que determinou uma mudança de significado associado à Aids. No entanto, o crescente número de novos casos entre a população feminina iniciou já na década 1990 e se estabeleceu na década de 2000 (GÓIS et al, 2017).

Ainda segundo Góis e colaboradores (2017), salienta-se a mudança no uso do conceito de grupo de risco, no qual estavam inseridos homossexuais masculinos, para comportamento de risco, que focou na sexualidade feminina e as questões da promiscuidade e prostituição, ou seja, ainda sobre a sexualidade desviante. Nesse sentido, não só homossexuais, mas mulheres estariam também sujeitas ao HIV/Aids.

No entanto, a situação de vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids não permaneceu atrelada somente às mulheres em situação de prostituição e com comportamentos considerados promíscuos. A Aids passou a incidir sobre mulheres heterossexuais em relacionamentos estáveis. Essa incidência pode ser explicada pela associação inicial da doença aos homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, o que concluiu na falsa ideia de que as mulheres casadas, heterossexuais e fiéis estavam imunes ao contágio pelo HIV e, por isso, não precisariam usar preservativos durante as relações sexuais (GÓIS et al, 2017).

Lourenço et al, 2018, corrobora quando afirma que o fato é que as mulheres em relações conjugais estáveis parecem não perceber a possibilidade de exposição ao HIV, uma vez que a infecção ainda estaria ligada à prostituição, à promiscuidade e às relações extraconjugais. A conjugalidade, como marca de estabilidade nas relações afetivo-sexuais parece ser uma forma de controle sobre o risco de infecção.

A sexualidade feminina e suas implicações passam por questões históricas, sociais, culturais, econômicas, geopolíticas, religiosas e médicas. A violência de gênero, a pobreza e a baixa escolaridade as tornam mais suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/Aids. Além disso, a constituição fisiológica e biológica da mulher com os órgãos sexuais internalizados, elenca como receptor do ato sexual, favorecendo as infecções sexualmente transmissíveis e as tornando, nesse contexto tecnicista e biológico, mais vulneráveis ao HIV/Aids (GÓIS et al, 2017).

A crença na proteção do casamento; a confiança no parceiro; a dependência socioeconômica e afetiva, bem como a precariedade nas condições de educação e emprego, acabam por restringir as possibilidades de muitas mulheres de negociar relações sexuais seguras, limitando sua capacidade de lidar com a doença e levando-as à infecção. Essa trajetória de vulnerabilidades se potencializa, após a infecção pelo HIV, pelas dificuldades com o tratamento, acesso aos serviços, estigma e o temor de infectar seus filhos e parceiros (BELLOTTO et al, 2019).

A resistência e a vagarosidade em reconhecer a mulher enquanto vulnerável à infecção do vírus pela sociedade e, especialmente, a ciência médica acabou por contribuir a eclosão silenciosa do HIV/aids nesse grupo (LOURENÇO et al, 2018). Estudos revelam um complexo cenário de vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV ligado às desigualdades de gênero, associadas com outros marcadores sociais (de classe, de raça, etc.) e interseccionadas ao padrão heteronormativo e a um ideal de maternidade (BELLOTTO et al, 2019).

Na grande maioria dos casos, o diagnóstico de HIV/AIDS é revelado pela gestação, em que a mulher precisa lidar com a própria condição ao mesmo tempo em que passa por um processo para evitar a transmissão para o bebê. A maternidade, por si só, se constitui em uma condição psicológica complexa para qualquer mulher sendo que o HIV/aids acrescenta sobrecargas sociais e psicológicas. A mãe vivendo com HIV

precisa lidar com o próprio diagnóstico, em muitos casos, revelado pela gestação, ao mesmo tempo em que realiza procedimentos para evitar a transmissão para o bebê (GONÇALVES & PICCININI, 2015).

O diagnóstico da infecção pelo HIV, quando feito no início da gestação, possibilita melhores resultados em relação ao controle da infecção materna e, com isso, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, o teste anti-HIV deve ser ofertado a todas as gestantes assim que se inicie o pré-natal. A adesão à testagem, entretanto, deve ser sempre voluntária e confidencial (BRASIL, 2018).

A gestação na presença do HIV requer diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais se destacam os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus. A adesão ao tratamento antirretroviral detém maior impacto para a prevenção da infecção pediátrica (FARIA et al, 2014).

3.2 Transmissão Vertical

Com a evolução da epidemia da aids no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, novos desafios precisam ser enfrentados, dentre eles, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV (BRASIL, 2010). A transmissão vertical do HIV e da é desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil, apesar dos avanços obtidos nesta área (BRASIL, 2007).

A gestação na presença do HIV sugerem diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais destacam-se os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus. A adesão ao tratamento antirretroviral na gestação – que resulta na redução da carga viral – resultando na medida de maior impacto para a prevenção da infecção pediátrica (FARIA et al, 2014).

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação e parto e/ou pela amamentação, podendo as taxas de transmissão variar entre 25% e 30%, se as medidas preventivas preconizadas não forem instituídas oportunamente, o que tem sido foco de atenção na medida em que se constatou aumento de casos de HIV em mulheres (GOMES et al, 2015).

O acompanhamento pré-natal detalhado e a prevenção da TV exige adesão rigorosa aos ARV, sendo o parto importante para a prevenção, em função da maior chance de infecção do bebê. A via de parto é decidida conforme a história obstétrica da mulher e considerando a carga viral no fim da gestação. Outros cuidados são cruciais durante o trabalho de parto e parto, são eles: usar AZT intravenoso; fazer parto empelidado (quando possível); e evitar bolsa d'água rota por mais de quatro horas, fórceps e episiotomia. No pós-parto, a mulher recebe inibidor de lactação, o recém-nascido usa xarope de AZT nas primeiras 48 horas de vida e ganha fórmula láctea até o sexto mês (BELLOTTO et al, 2019).

AZT injetável é indicado para prevenir a transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical para as gestantes infectadas pelo HIV com carga viral desconhecida ou detectável a partir da 34^a semana de gestação. Além disso, existe o risco de TV do HIV por meio da amamentação. Sendo assim, o fato de a mãe utilizar ARV não controla a eliminação do HIV pelo leite, não garantindo proteção contra a TV (BRASIL, 2019).

Para se obter sucesso na redução da carga viral é necessário a adesão ao tratamento antirretroviral, com a ingestão de 95% das doses prescritas (Rocha et al, 2010). Contudo, a adesão ao tratamento é um processo complexo, envolvendo fatores de ordem física, psicológica, social, cultural e comportamental, do qual participam indivíduo, equipe de saúde e sua rede social. Estima-se que a adesão em níveis ideais seja atendida por aproximadamente 65% das pessoas vivendo com HIV (FARIA et al, 2014).

Isso torna evidente que a adesão adequada à medicação durante a gestação ainda é um desafio, o que representa riscos para gestantes e seus filhos. Existe o risco aumentado para a transmissão do HIV ao bebê devido à maior carga viral circulante, e com isso as possíveis consequências negativas para a saúde da gestante, devido a menor supressão da carga viral com maior vulnerabilidade do sistema imunológico (FARIA et al, 2014).

É considerado que hoje é possível atingir a redução das taxas de transmissão materno-infantil de 25% a níveis entre 1% e 2% com a utilização adequada das medidas

profiláticas preconizadas. Com a possibilidade dessa redução o mais precocemente possível, é recomendado que os profissionais de saúde entrem em ação com foco nas atividades educativas, aconselhando as gestantes e puérperas infectadas pelo HIV sobre os riscos e os meios de prevenção da transmissão desde a gestação até o puerpério, bem como do acompanhamento da criança até a definição de sua situação sorológica (LIMA et al, 2018).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

O estudo proposto é do tipo qualitativo, descritivo e exploratório. O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. A pesquisa descritiva tem por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. A pesquisa exploratória tem o propósito de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. A análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um constructo científico (MINAYO, 2012). Assim, a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (CAVALCANTE et al, 2014).

Operacionalmente, a Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação.

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (CAVALCANTE et al, 2014). A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material (MINAYO, 2007).

4.2 Cenário

O cenário para realização da pesquisa foi o Bloco I do Posto de Atendimento Médico (PAM Salgadinho), situado na Rua Mizael Domingues, na capital do estado de Alagoas - Maceió, instituição onde os sujeitos são atendidos pelos profissionais do serviço.

Em Alagoas, existem três SAE em HIV/Aids, que incluem o SAE do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL), o SAE do Hospital Escola Dr. Hélvio Auto, da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (HEHA/UNCISAL) e o SAE do Posto de Atendimento Médico (PAM Salgadinho), localizado no bloco I, que compreenderá o cenário desta pesquisa, escolhido por ser considerado o maior serviço de atenção especializado aos portadores do HIV/Aids em Alagoas em número de atendimentos ambulatoriais.

O PAM Salgadinho está localizado no Centro de Maceió. É uma Unidade de Saúde vinculada à Prefeitura Municipal de Maceió – Alagoas, Secretaria Municipal de Saúde e ao Programa Municipal de DST/HIV/Aids. O bloco I funciona das 8 às 17 horas e presta assistência qualificada aos pacientes que vivem com HIV/Aids por meio de equipe multidisciplinar especializada (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais), sendo direcionada ao público de adultos, idosos, gestantes, adolescentes e crianças expostas de ambos os sexos, independente de sua condição. Entre as atividades desenvolvidas no espaço, destacam-se as seguintes: cuidados de enfermagem, acolhimento, assistência e encaminhamentos; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecologia, obstetrícia, pediatria, odontologia, dermatologia, nutrição e assistência social; controle de ARVs; parceria com a farmácia para orientações farmacêuticas quanto aos ARVs e outros; realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas, como grupos de adesão ao tratamento, prevenção e controle de Infecção Sexualmente Transmissível e Aids, e grupos de gestantes. É também local onde funciona o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e reuniões mensais da rede nacional de pessoas vivendo com HIV/Aids, bem como outros movimentos sociais organizados.

4.3 Participantes da pesquisa

Para esta pesquisa, optou-se por convidar para a entrevista mulheres vivendo com HIV, residentes em Maceió e região, cadastradas no SAE do Bloco I Pam Salgadinho, que estiveram gestantes no ano de 2017 e participaram do Grupo de apoio às gestantes com HIV direcionado pela enfermeira local com o apoio da equipe inter-profissional do SAE, no mesmo ano. De acordo com informações extraídas do sistema de dados do Bloco I, em 2017, foram atendidas 55 gestantes com HIV nessa unidade, destas, 23 mulheres foram pelo menos uma vez ao grupo de gestantes. Do total de mulheres que participaram do grupo no ano de 2017, de acordo com dados do SINAN e através de coleta em prontuários, não houve transmissão vertical entre elas. Entre as que se enquadraram nos critérios de inclusão, 8 mulheres aceitaram realizar a entrevista, totalizando o número de participantes da pesquisa.

4.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídas na pesquisa: mulheres portadoras do vírus HIV, maiores de 18 anos de idade, cadastradas no SAE do Bloco I – PAM Salgadinho, que participaram do grupo de apoio às gestantes durante o pré-natal e que estiveram em condições físicas e emocionais de responder ao formulário e que aceitaram, voluntariamente, em participar do estudo.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídas do estudo, mulheres que apresentaram algum déficit cognitivo ou comportamental diagnosticado que as impossibilitou de responder aos questionamentos da pesquisa por meio da entrevista por motivos éticos ou clínicos e as que se recusaram a participar do estudo.

4.6 Coleta de Dados

O levantamento das informações junto aos sujeitos da pesquisa foi feito por meio de entrevista semiestruturada de forma individual com uso de gravador e utilização de um roteiro, o qual constou de duas partes: a) caracterização dos sujeitos e b) questões abertas quanto ao tema da investigação. As participantes foram asseguradas do sigilo e anonimato e receberam um código ou nome fictício na análise das informações

qualitativas. Foram informadas sobre direito à liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo e de recusar a responder questões que gerassem algum constrangimento ou desconforto de ordem social ou psicológica. Às participantes foi solicitada a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.). Esta assinatura foi solicitada após a pesquisadora explicar a pesquisa e seus objetivos. Após aprovação desse projeto, a pesquisadora entrou em contato com as participantes através do contato telefônico disponibilizado em seus cadastros na unidade do PAM para apresentação e convite, feito isso, à participante foi sugerida a realização da entrevista em um local disponibilizado pela unidade do PAM ou na sua própria residência, ficando a critério da participante o local que lhe oferecesse mais conforto para realização da pesquisa, onde a mesma pudesse se sentir tranquila para responder o formulário. Após a leitura, consentimento e assinatura do T.C.L.E., a entrevista foi realizada pela pesquisadora, que gravou e preencheu o formulário conforme as informações que foram fornecidas.

As informações referentes à gestação: Acompanhamento pré-natal, parto e nascimento, foram coletadas na entrevista e nos seus prontuários.

Foi considerada entrevista semiestruturada, nesse contexto, uma técnica em que o investigador se encontra presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema que partem de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que ofertam possibilidades de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que o entrevistado vai respondendo. O procedimento é conduzido, portanto, consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes (GIL, 2008).

A opção por esse método se deu pelo fato do instrumento possibilitar o acesso a dados descritivos da linguagem própria do sujeito e, como descrito por Gil (2008), permitir que o investigador desenvolva, interativamente, uma ideia sobre a forma como os indivíduos interpretam aspectos do mundo. Um planejamento relativamente aberto possui maior probabilidade que os pontos de vista dos sujeitos sejam expressos, quando comparadas com uma entrevista padronizada ou quando se utiliza um formulário.

Com a autorização das pessoas a serem entrevistadas, foi utilizado um material gravador que permitiu o registro em áudio das informações, possibilitando sua transcrição na íntegra e a análise posterior da coleta de dados, procurando sempre resguardar a identidade dos participantes.

4.7 Procedimento e aspectos éticos

Esta pesquisa teve início, somente após a solicitação de autorização para execução da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) através da Plataforma Brasil para apreciação e obtenção da sua aprovação. Destaca-se que o estudo respeitou as resoluções 466/12 e 510/16 do Ministério da Saúde (MS), sob o registro CAAE n.º 16287119.0.0000.5013 (ANEXO C).

Assim, o estudo pôde ser desenvolvido em cumprimento ao qual estabelece normas para pesquisas envolvendo seres humanos, visando proteção e integridade dos sujeitos que participaram da pesquisa, respeitando os princípios éticos, dentre eles, a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade. Além disso foi preservado o esclarecimento acerca do estudo, objetivo e finalidade do trabalho, forma de coleta dos dados e da apresentação do relatório, garantindo-se o anonimato das informações.

Também foi necessário que as participantes envolvidas na pesquisa aceite participar da pesquisa e para tanto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) (Anexo A) ou deixaram a impressão datiloscópica, e ainda receberam uma cópia do mesmo. Este contém os devidos esclarecimentos que garantiram às participantes o direito de desistir de participar da pesquisa sem que isto lhe traga algum prejuízo ou penalidade, bem como lhes foi avisado verbalmente posterior a aplicação do formulário de perguntas. Foi garantido também que os riscos oferecidos foram mínimos, tais como leve cansaço ou perda de tempo ao participar da entrevista, assim como, esclarecido que a pesquisa não trará benefícios ou prejuízos financeiros a nenhuma das partes envolvidas.

Os dados do estudo em questão são considerados propriedade conjunta das partes envolvidas, não devendo ser comunicados a terceiros por uma das partes sem

prévia autorização da outra parte interessada. No entanto, torna-se expresso, o comprometimento em tornar público os resultados desta pesquisa, sejam elas favoráveis ou não, sem a identificação individualizada dos participantes.

4.8 Aproximação das participantes

Por se tratar de um serviço de referência e uma condição que inspira cuidados para a não revelação diagnóstica devido ao preconceito e outros, o estudo precisará seguir uma ordem, até que as mulheres sejam alcançadas.

Inicialmente, houve a introdução da pesquisadora aos profissionais do serviço e nos dias de consulta de enfermagem, seguida da aproximação com os profissionais envolvidos na assistência à saúde da Instituição, apresentação e reconhecimento das rotinas diárias e agenda semanal de atendimentos (Médico/Enfermagem), consulta aos prontuários, levantamento do número e nome de mulheres a serem entrevistadas, a realização de um cronograma parcial com a enfermeira dos dias de atendimento, com os dias de atendimentos e as ações programadas para o mês. Previamente a abordagem inicial ocorreu com a consulta aos prontuários das mulheres a serem entrevistadas para registro de informações relevantes que só poderão ser encontrados neste documento. Assim, houve a entrevista, onde foi realizada a explanação sobre questões relacionadas à pesquisa, apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, convite e solicitação da assinatura. Procedeu-se a aplicação do instrumento de coleta de dados, registro de informações relevantes e escuta qualificada. Ao final de cada entrevista, foi realizado um esclarecimento com cada mulher acerca das dúvidas.

4.9 Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra para facilitar a reflexão sobre o tema abordado. Após as transcrições as informações foram submetidas à análise temática de conteúdo. Para garantir o sigilo e anonimato, os sujeitos receberam um código ou nome fictício na análise das informações qualitativas. A análise se deu por meio da hermenêutica dialética. Enquanto a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central, a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. A

hermenêutica-dialética constitui, portanto, um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, diz Minayo (2007). Para essa autora, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um constructo científico (MINAYO, 2012).

Assim, a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo das relações, da história, das crenças, das representações, das opiniões, das percepções, resultado de interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, pensam e sentem (CAVALCANTE et al, 2014).

Esse tipo de abordagem, que permite desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, também propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Sendo assim, a pesquisa qualitativa propicia um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007).

De modo operacional, conforme Minayo (2007), a Análise Temática de Conteúdo possui as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação.

Sobre a primeira etapa da análise temática de conteúdo, Cavalcante et al (2014) sugere:

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema.

Na segunda etapa, durante a exploração do material, o investigador busca encontrar categorias, expressões ou palavras, significativas pelas quais o conteúdo de uma fala será organizado (CAVALCANTE et al, 2014). A categorização, para Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Por fim, o pesquisador classifica e agrega os dados, escolhendo categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema. Então, o analista propõe

conclusões e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno dimensões teóricas e interpretativas, inspirada pela leitura do material (MINAYO, 2007).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados desse estudo foi dividida em dois momentos: o primeiro refere-se à caracterização das participantes da pesquisa com informações a respeito de seus dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos; o segundo momento aborda os eixos temáticos referentes à Condição sorológica para o HIV e Acompanhamento e participação no grupo de gestantes.

5.1 Caracterização das participantes do estudo

Dados sociodemográficos

Dentre as entrevistadas, com relação à faixa etária, entre as oito participantes do estudo a variação de idade foi entre 23 e 40 anos, perfazendo uma média de 32,3 anos entre as idades, o que pode ser comparado a um recente estudo de autoria de Hernandez et al (2019), realizado com 10 mulheres soropositivas onde as idades variaram entre 30 e 42 anos, estabelecendo uma média de 30 anos para o grupo analisado.

De acordo com Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2018, no período de 2007 a junho de 2018, no que se refere às faixas etárias, foi observado que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos. Complementando esse raciocínio, de acordo com os dados coletados nesta pesquisa, o tempo de descoberta do diagnóstico entre as participantes varia entre 2 e 10 anos, tendo como referência o dia da realização da entrevista. Esses dados demonstram que a população de mulheres portadoras do vírus HIV, em ambos os estudos, é caracterizada por mulheres adultas-jovens, em idade fértil e vida sexual e profissional ativa, o que configura um maior impacto com relação ao diagnóstico na influência desses âmbitos.

No que diz respeito à raça/cor, entre as oito mulheres entrevistadas, seis se autodeclararam pardas, perfazendo 75% do total. Na sequência, uma mulher se autodeclarou indígena e uma mulher se diz de cor amarela, totalizando 12,5% do total para as duas raças. Esse resultado concorda com o estudo de Silva et al (2017), que

avaliou as características epidemiológicas de gestantes com HIV no estado de Alagoas, nessa pesquisa 72,1% das gestantes se autodeclararam pardas. Nos dois estudos em questão, a cor parda em mulheres/gestantes é responsável pelo maior número de casos de infecção pelo vírus.

Quanto ao grau de escolaridade dessas mulheres, o maior número delas, quatro, estudaram até o nível Fundamental (50%), duas chegaram até o ensino médio (25%), e as demais cursam/cursaram o nível superior (25%), sendo uma graduanda e uma com nível superior completo. Na pesquisa de Lourenço et al (2018), realizada com 10 mulheres soropositivas, seis mulheres cursaram apenas até o ensino fundamental (60%), as demais cursaram o ensino médio ou não frequentaram escola (30% e 10% respectivamente). Quadro que também pode ser visto nos resultados de Silva et al (2017), onde o maior número de mulheres, 31,2% do total, declararam de 5 a 8 anos de estudos, enquanto que 7,4% delas não frequentaram a escola e 1,9% apresentaram 12 anos ou mais de estudos.

De acordo com os resultados acima expostos, o grau de escolaridade pode ser sugerido como uma associação positiva com relação à soropositividade (PINTO et al, 2018), o que pode estar intimamente associado ao acesso à informação quanto ao risco e às formas de prevenção, contudo não devemos eximir que mulheres com maior grau de conhecimento também estão vulneráveis a contrair a infecção.

Com relação ao estado civil das participantes, uma mulher afirmou ser casada, três mulheres afirmaram ser solteiras, e quatro afirmaram conviver em união estável. Dentre elas, possuindo um relacionamento estável ou não, cinco mulheres afirmaram que o atual parceiro conhece o diagnóstico, enquanto duas afirmaram não ter parceiro fixo e uma vive um relacionamento estável mas o parceiro não sabe sobre seu diagnóstico. Apesar de a maioria das mulheres afirmarem conhecimento do parceiro, algumas delas ainda preferem manter em segredo ou não falar com eles sobre o assunto. Isso diz respeito aos riscos que perpassam as questões ligadas à afetividade, a desconfiança do companheiro, e as questões culturais vinculadas ao estigma atribuído às mulheres que demonstrem conhecimento ou experiência no campo da sexualidade (LOURENÇO et al, 2018).

Sobre isso, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2019) assegura:

Os profissionais de saúde devem encorajar a revelação segura e voluntária do estado sorológico do HIV, das intenções relacionadas à fertilidade e desejo dos parceiros. Essa revelação do diagnóstico da PVHIV para parceiros sexuais dá ao outro a oportunidade de decidir sobre seus próprios riscos, além de facilitar a identificação dos casos de exposição sexual e a necessidade de prescrição de profilaxia medicamentosa pré- ou pós-exposição, quando for o caso.

Os dados referentes à profissão, renda e presença de outras ISTs estão citados na tabela a seguir:

Tabela 1 - Caracterização das mulheres de acordo com a profissão, renda e outras ISTs. Maceió - AI/2020.

	Classificação	Quantidade
Profissão	Do lar	2
	Aux. De Cozinha	2
	Manicure	1
	Atendente	1
	Diarista	1
	Fisioterapeuta	1
Renda	Não sabe	1
	Até 1 salário	3
	1 – 2 salários	3
	2 – 4 salários	1
Outras IST's	Sim	1
	Não	7

Fonte: Dados proveniente da coleta de dados realizada pela pesquisadora.

Embora a maioria tenha referido uma profissão, grande parte das mulheres relatam não ter uma ocupação no momento, vale salientar que muitas abandonam o trabalho após o diagnóstico, seja para cuidar da saúde, da família, ou por conta do estigma em função do HIV (VILLELA & BARBOSA, 2017).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) podem resultar em maiores complicações em mulheres vivendo com HIV, principalmente durante a gestação,

quando podem aumentar o risco de infecções congênitas, e nesse caso, a transmissão vertical (PINTO et al, 2016). No entanto o resultado entre a presença de outras ISTs associadas ao HIV nas participantes desta pesquisa foi mínimo, como mostra a Tabela 1.

Dados ginecológicos e obstétricos

Tabela 2 - Dados gineco-obstétricos de mulheres vivendo com HIV. Maceió - Al/2020.

Variáveis Obstétricas	Quantidade
Gestas	
Primeira	3
Duas ou mais	5
Gestação Planejada	
Sim	1
Não	7
CV durante a gestação	
Indetectável	5
Baixa	2
Alta	1
Tipo de Parto	
Normal	1
Cesáreo	7
Amamentação	
Sim	0
Não	8

Transmissão Vertical

Sim	0
Não	8

Fonte: Dados provenientes da coleta de dados realizada pela pesquisadora.

Com relação aos dados obstétricos fornecidos, como mostra a tabela 2, três das oito mulheres entrevistadas tiveram seu primeiro filho durante a gestação de 2017, enquanto cinco tiveram outros filhos antes. Destas, apenas uma planejou a gestação, ao passo que as demais engravidaram sem planejamento.

Essas informações nos leva a concordar com Vilella & Barbosa (2017), quando afirmam que a forma de lidar com a soropositividade parece estar relacionada ao tempo de conhecimento do diagnóstico e ao aprendizado de viver com o HIV. Exemplificando, a única participante que afirma ter planejado sua primeira gestação já conhecia seu diagnóstico há 7 anos, uma outra mulher, que conhece o diagnóstico há 10 anos, afirma que foi seu quarto filho no contexto do HIV.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2019):

O desejo de ter filhos deve ser discutido nos atendimentos, visando proporcionar às pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério, além de reforçar que o planejamento reprodutivo é um direito, assegurando a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos.

As demais variáveis obstétricas analisadas (carga viral, via de parto, amamentação) são fatores que determinam maiores ou menores riscos de ocorrer a transmissão vertical. Conforme Gomes et al (2015), a Transmissão Vertical (TV) do HIV pode ocorrer durante a gestação e parto e/ou pela amamentação, podendo as taxas de transmissão variar entre 25% e 30%, caso as medidas preventivas preconizadas não sejam oportunamente instituídas. Além disso, de acordo com PCDT/TV (2019) o nível da carga viral (CV) - HIV é um dos fatores mais importantes associados ao risco de transmissão vertical do HIV e auxilia no seguimento e na definição da via de parto.

Tendo em mente que o risco de transmissão vertical do HIV é determinado pelo uso de TARV durante a gestação e pela relação entre o tempo de uso de TARV efetiva e o parto, além da CV materna (BRASIL, 2019), todas as participantes deste estudo

afirmaram utilizar corretamente a medicação durante a gestação, apesar de algumas relatarem dificuldades de adaptação no início do tratamento, ao passo que parte delas precisaram trocar o esquema para conseguir se adequar à medicação.

Analisando os dados fornecidos através da pesquisa, das oito mulheres vivendo com HIV entrevistadas, cinco possuíram uma CV indetectável durante a gestação, duas relataram que estiveram com a CV baixa quando gestantes, e apenas uma revelou que no início da gestação sua CV esteve alta (tabela 2). Ainda conforme o PCDT/TV (2019), a taxa de TV do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso da Terapia Antirretroviral (TARV) que mantêm níveis de Carga Viral (CV) - HIV abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo, portanto, muito baixa quando a CV estiver indetectável.

Em relação à via de parto, sete das oito entrevistadas afirmaram parição por cesárea, enquanto uma relata parto vaginal por “negligência profissional”. A via de parto é decidida conforme a história obstétrica atual e passada da mulher e, principalmente, considerando a carga viral no fim da gestação. No cenário do HIV, sendo o parto crucial para prevenir a TV, este tende a ser ainda mais perpassado por intervenções médicas, muitas vezes desconhecidas da parturiente. Com a valorização da autonomia da mulher e a garantia dos seus direitos reprodutivos, o processo de decisão pela via de parto deveria ser conduzido de modo a contemplar a escolha informada da mulher e a redução de agravos à saúde materna e fetal (BELOTTO et al, 2019).

No que diz respeito à amamentação, conforme o Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis (2017), o risco de TV é acrescido se houver amamentação, entre 7% e 22% por exposição (mamada), deste modo, a amamentação é contra-indicada e após o parto a criança deve ficar em alojamento conjunto com sua mãe, sendo alimentada com fórmula infantil. No entanto, quando questionadas sobre a amamentação, todas as participantes afirmaram ter recebido orientações durante o pré-natal e não ter amamentado.

Corroborando com a afirmação anterior, o PCDT/TV (2019), sugere:

Recomenda-se que toda puérpera vivendo com HIV/aids seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil. A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber a fórmula láctea infantil, pelo menos, até completar seis meses de idade.

Além das medidas supracitadas, todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV, deverão receber ARV como medida profilática para TV (AZT solução oral) ainda na sala de parto ou após os cuidados imediatos, nas primeiras 4 horas após o parto (BRASIL, 2019). O ARV é suspenso após a 4ª semana, então é solicitado um exame de contagem de carga viral entre 1 e 6 meses, se for indetectável, colhe-se outra amostra após o 4º mês. Sendo as duas indetectáveis, confirma sorologia após os 12 meses de idade, se for negativa, a criança é considerada não infectada (BRASIL, 2018).

Tendo em vista a realização das medidas profiláticas acima citadas, bem como do manejo clínico para investigação e confirmação da presença de TV, feito isso, as oito participantes da nossa pesquisa confirmaram o fechamento de caso e a não transmissão do vírus para os seus filhos.

5.2 Eixos temáticos

Os eixos foram estabelecidos através da categorização das falas orientada a partir da distribuição dos tópicos contidos no questionário aplicado. A partir dessa análise, temos as seguintes categorias: Condição sorológica para o HIV e Acompanhamento e participação no grupo de gestantes.

5.2.1 Condição sorológica para as MVHIV

A infecção pelo HIV na gestação é um agravo de notificação compulsória no Brasil desde 2006. A taxa de detecção de casos de infecção pelo HIV em gestantes no país apresenta tendência de aumento nos últimos 10 anos, alcançando o valor de 2,7 por 1.000 nascidos vivos em 2015 (DOMINGUES et al, 2018). Considerando a evidência sorológica, um estudo realizado no estado de Alagoas por Silva et al (2017) que avaliou as características epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes no período de 2007 a 2015, observou que o percentual de gestantes que tiveram acesso ao diagnóstico de HIV durante o pré-natal liderou na maioria dos anos, com 41,3%.

Neste estudo, em se tratando da evidência sorológica, ao questionar a forma como as mulheres descobriram o diagnóstico, sete das oito mulheres relatam que souberam através de exames realizados durante a gestação, no pré-natal (teste rápido ou

anti-HIV), enquanto apenas uma descobriu em exames de rotina. Conforme os relatos que seguem:

“Através da gravidez. Foi no teste quando eu fiz.” (MVHIV 3)

“Fazendo o pré-natal. Foi em 2009.” (MVHIV 4)

“No exame do pré-natal. O exame que o médico passou de laboratório, aí como ia demorar um pouquinho pelo SUS, eu resolvi fazer particular, aí depois de 15 dias ela me chamou, me levou pra uma sala e falou.”
(MVHIV 5)

“Foi no tratamento do HPV que eu tava fazendo, aí o médico mandou eu fazer um teste de HIV, aí eu fui lá no PAM, aí foi aí que eu descobri. Durante o pré-natal.” (MVHIV 6)

O aumento da testagem da infecção pelo vírus do HIV durante o pré-natal é uma das estratégias para se alcançar o nível de cuidado “ideal” para a redução da transmissão vertical, reafirmando a importância da realização dos testes rápidos para detecção precoce, aliado ao aumento do alcance do tratamento e da adesão à terapia antirretroviral (GOMES et al, 2015).

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2019), a testagem em gestantes deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); no início do 3º trimestre (28ª semana); e no momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de exames anteriores.

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2018), em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção do HIV em gestantes em todo o Brasil, na região nordeste esse aumento foi de equivalente a 87,5%. Esse aumento pode ser explicado pela ampliação do diagnóstico durante o pré-natal e consequente melhoria na prevenção da transmissão vertical.

No entanto, o aumento das notificações de infecção em mulheres faz emergir uma série de reflexões sobre as relações sociais e históricas em torno do vírus, bem como em relação ao lugar delegado à mulher na sociedade (LOURENÇO et al, 2018). Cardoso et al (2007), em seu estudo que procurou identificar comportamentos sexuais

de risco para a infecção em gestantes, observou que grávidas mais jovens e não casadas são provavelmente mais expostas à infecção pelo HIV. O contexto de relações sexuais entre parceiros que não vivem juntos parece estar associado à maior exposição ao HIV do que aqueles de mulheres são casadas e/ou que vivem com o companheiro.

No entanto, no presente estudo quando questionadas acerca da infecção, cinco mulheres relatam ter contraído através de seus parceiros sexuais atuais ou anteriores, enquanto as demais afirmam não saber como contraíram o vírus:

“Não tenho certeza, mas acho que foi com meu parceiro, porque eu não tinha nada com ninguém, né.” (MVHIV 1)

“É, com o meu companheiro né, assim, que eu vivi com ele um tempo já, a gente tava completamente juntos, mas quando eu descobri eu não tava com ele mais não.” (MVHIV 2)

“Foi com esposo né, (...) foi com ele porque com ele eu tive esses menino tudo, aí quando eu estava grávida (...) que no caso era a terceira dele, aí esses outros eu fiz o pré-natal certinho e nunca deu nada, aí quando eu engravidei dela aí eu descobri, aí quando fez o exame dele aí deu que ele já tinha que tomar o remédio imediatamente.” (MVHIV 4)

“Através do pai do meu filho.” (MVHIV 6)

Lourenço et al (2018) enfatiza que questões como o desconhecimento sobre a feminização da epidemia, a inexistência de discussões sobre a sexualidade das mulheres e os estigmas relacionados à própria doença, fazem com que o HIV/aids não seja uma preocupação entre as mulheres, sobretudo aquelas que exercem a sexualidade dentro dos padrões estabelecidos.

O estigma relacionado à doença leva a acreditar que as mulheres em relações conjugais estáveis parecem não correr o risco de exposição ao HIV, uma vez que a infecção ainda estaria ligada à prostituição, à promiscuidade e às relações extraconjugais, para elas. A conjugalidade parece ser uma forma de controle sobre o risco de infecção (LOURENÇO et al, 2018).

Seguindo esse raciocínio, pode-se perceber que apesar do crescente número de diagnóstico do HIV/Aids em mulheres nos últimos anos (Ministério da Saúde, 2018), a

condição ainda é caracterizada como uma doença de quem possui comportamentos de risco. Deparar-se com um diagnóstico de IST, evidencia que a normatização da sexualidade e da conjugalidade não é suficiente, e não é raro que mulheres - e seus familiares - se surpreendam com esse diagnóstico. Um resultado positivo para o HIV pode acarretar um grave impacto na vida das mulheres, especialmente quando o diagnóstico ocorre no período gestacional, pois a maternidade se revela como sinal de vida e esperança em contraposição à idéia de morte relacionada à Aids. (ARAÚJO et al, 2008; LOURENÇO et al, 2018).

Nessa conjuntura, podemos avaliar o discurso das MVHIV quando seis das oito entrevistadas afirmam que só pessoas próximas (mãe, irmãos ou no máximo amigos próximos) sabem a respeito da condição, enquanto as demais afirmam que nem os familiares conhecem seu diagnóstico. Essa apuração consente com o estudo de Spindola et al (2015) que, em sua pesquisa realizada com 10 gestantes vivendo com HIV, afirma que uma grande parte deixou claro em suas falas que somente revelaram seu diagnóstico para pessoas mais próximas. Nesse sentido, em nossa pesquisa, quando indagadas a respeito da reação dos familiares e/ou pessoas próximas ao descobrirem sua condição, tivemos:

“ [...] a minha mãe e meu pai sentiram muito, né, porque eles não queria aquilo pra mim, e eu me reservava assim, né, não ficava com qualquer um, foi só com ele que eu fiquei.” (MVHIV 2)

“Ah, foi um desespero.” (MVHIV 3)

“Assim, minha mãe chorou muito, né, ao saber e a minha irmã também.”
(MVHIV 6)

“Ah, péssima. Bastante péssima. Fiquei, aliás eu tô sem chão até hoje, entendeu? (...) Porque pra mim já é pesado isso, e pra eles, me ver de tal forma fica também ruim.” (MVHIV 7)

O recorte das falas nos aponta que o deparar-se com o diagnóstico de soropositividade, em geral, pode implicar risco de rompimento das relações pessoais,

afetivas e sociais devido ao processo de fragilização emocional provocado pela descoberta da doença (LOURENÇO et al, 2018). Além do estigma que esse diagnóstico ainda carrega, trazendo consigo uma imagem de desvio dos padrões normativos, e a preocupação dos familiares com relação à associação da infecção pelo HIV com a Aids, como se necessariamente a primeira precedesse a manifestação da segunda.

5.2.2 Acompanhamento e participação na consulta coletiva

O Grupo de gestantes com HIV, tem a finalidade de preparar as gestantes para a gestação sob a condição, parto e nascimento, assim como prepará-las, visto que muitas descobrem o diagnóstico durante a gestação, para o enfrentamento da soropositividade e adesão ao tratamento, atuando, dessa forma, como uma metodologia ativa na prevenção à transmissão vertical do HIV. Os encontros são semanais, no SAE do Bloco I do Pam Salgadinho da Cidade de Maceió/Al, realizado sob a condução da enfermeira e da equipe interdisciplinar local.

Com a finalidade da educação em saúde, o grupo teve início através da iniciativa da enfermeira, que após a realização de uma análise epidemiológica sobre transmissão vertical nesse serviço (Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. Rodrigues et al [2013]) foi descoberto alta taxa de TV do HIV. Partindo dessa apuração, a enfermeira local, e então autora da pesquisa, decidiu implantar o Grupo de gestantes como estratégia. Como resultado, pode-se afirmar a contribuição na redução da TV, pois nesta pesquisa, de acordo com dados coletados no Sinan, das 25 mulheres que participaram do grupo no ano de 2017, não foi registrado casos de TV entre elas.

Sendo assim, para iniciar esse bloco, foi solicitado a opinião das participantes a respeito do grupo de gestantes, dessa forma, foi requerido que elas o definissem com uma palavra, com isso, o resultado foi este:

“Gratidão, pelas informações, do qual eu não sabia, se sentia leiga de não saber de certeza aquele verdadeiro problema, e como passar como viver com ele, (...) e eu vim pras palestras e me superou, me superou de uma forma que até hoje pra mim isso não é o grande problema, entendeu?” (MVHIV 1)

“A importância do grupo foi maravilhoso pra mim. É uma atenção o pessoal do grupo, é um carinho assim com a gente. Só passa força, né. Eu só tenho que agradecer né, o grupo lá do pam e a equipe toda.”
(MVHIV 2)

“Vou falar várias, viu? Vou falar respeito, pela gente que tem o HIV; carinho pela gente, né; compreensão, em momento nenhum ninguém nunca me julgou, sabe? Assim, o carinho das pessoas pela gente... vou falar a verdade pra você, depois que eu descobri o HIV, eu vim ter amor próprio por mim, depois que eu conheci o HIV, eu falo até no grupo da gente, depois que eu descobri o HIV, a minha vida mudou, não foi pra pior, foi pra melhor, que eu conheci pessoas maravilhosas, eu conheci médicos maravilhosos, eu conheci pessoas convivendo, aprendi várias coisas com eles, e pra mim foi um aprendizado, independente de tudo eu agradeço a Deus por ter conhecido essas pessoas, independente da situação.” (MVHIV 4)

“Capacitante. Me senti capaz, entendeu? de prosseguir, porque como a gente vê que tem outras pessoas na mesma situação, a gente vê que não é só a gente, a gente entende que a gente é capaz de fazer tudo aquilo que uma mãe que não teve o mesmo tipo de parto, que amamentou, pode ser e pode viver (...) Foi capacitante, me senti capaz de seguir.”
(MVHIV 5)

“Eu acho que respeito, gratidão. É satisfatório ver que existe pessoas no mundo que tem um pouquinho mais que você e se preocupa com você. E sobretudo a educação, que é a base de tudo e é muito importante que todas as mulheres que façam parte, não só do PAM Salgadinho, de outros lugares também, que tenha a possibilidade de ter grupo como esse pra administrar a gravidez no decorrer do tempo e mostrar o que é correto pra não ficar pior, pra não ter problema, (...) então é importante que esse grupo não só tenha aqui, mas que passe pras comunidades carentes, pra outros lugares que realmente necessitam. É um privilégio

as pessoas que fazem tratamento aqui possa ter esse tipo de ajuda, mas é necessário que se expanda pra outros lugares também.” (MVHIV 8)

Através da análise dos discursos citados acima, torna-se congruente a fala citada por Lima et al (2018) quando afirma que a educação em saúde se mostra como o melhor caminho para suprir as deficiências de conhecimento das gestantes soropositivas. Dessa forma, a efetivação da individualidade do cuidado humanizado é essencial às mães soropositivas, com a finalidade de prover meios para o enfrentamento das principais dificuldades vivenciadas por elas, com isso, torna-se indispensável que os profissionais se aproximem da realidade dessas mulheres, ouvindo-as e permitindo que elas expressem todas as suas dúvidas.

Ao interrogá-las sobre as principais descobertas adquiridas sobre a condição através da participação no grupo, obteve-se:

“Do qual eu não era nem a primeira e nem a segunda, nem a última, do qual tinha pessoas do meu nível, da minha idade que tinha o mesmo problema, até mais nova (...) do qual você tem o problema, você pode engravidar, devido que você ‘teja’ em tratamento, e que me levantou o astral, entendeu? Não me deixou cabisbaixa. (...) e foi uma escutando a conversa da outra, as meninas, e a gente vai se fortalecendo, vai passando.” (MVHIV 1)

“[...] Aprendi muitas coisas boas lá no grupo né, como gestante assim, o carinho das pessoas (...) o cuidado dela de conversar de passar pra gente e pra mim, (...) e o cuidado de não passar pro meu bebê, né, que no caso era de ser cesáreo, de não poder amamentar, (...) a equipe lá, mostrou mesmo pra mim que não tinha como transmitir o vírus pra ele não, primeiro tava se sentindo muito bem, minha carga viral tava ótima, né, eu me cuidava, e era aquela preparação toda dos médicos pra fazer o meu cesáreo e pra não transmitir pra ele o meu vírus, então, eu aprendi muitas coisas com ela, tirava muita dúvida da minha cabeça.” (MVHIV 2)

“[...] eu aprendi muita coisa, aprendi que a gente tem que dar valor a vida, a gente tem que se prevenir muito, que não é só se você for uma mulher da vida, uma mulher ‘bandolera’, você pega isso, porque na verdade eu peguei eu tenho um relacionamento de quase 15 anos, então... eu me culpava muito, sabe, eu me culpava, me julgava, e depois eu comecei a ver que eu não tive culpa, então... é isso.” (MVHIV 4)

Diagnóstico e tratamento precoces têm sido cruciais para a redução da mortalidade por aids. Entretanto, para que haja adesão, são necessários, além destes recursos biomédicos, suportes psicossociais que contribuam para a aceitação do diagnóstico e elaboração de formas de convívio com a infecção que permitam o desfrute da vida e a continuidade dos projetos que lhe dão sentido (VILLELA & BARBOSA, 2017).

Sobre o suporte e apoio profissional, concordamos com Spindola et al (2015), quando afirma que a ação de escutar e compreender o abstratismo das percepções, sentimentos e significados que as gestantes trazem dos seus constructos de vida social, cultural e moral e a formação do vínculo, através de uma relação de confiança, favorece a expressão de dúvidas e anseios que permite ao profissional adentrar na vida íntima, tendo como finalidade facilitar a reflexão e superação de dificuldades para a adoção de práticas seguras e promoção da qualidade de vida.

Além do suporte profissional, pudemos perceber através das falas acima expostas, a importância de estar em grupo para lidar com a realidade do diagnóstico. Como algumas mulheres citaram, perceber a realidade de outras através desse encontro faz com que elas se percebam como não únicas nessa condição, não se culpem pelos preconceitos e não se julguem devido ao estigma imposto, visto que existem outras na mesma condição, que assim como elas, não obedecem ao estereótipo imposto.

Nesse sentido, é assertivo que o aconselhamento coletivo oferece objetivamente aos usuários a oportunidade de redimensionar as dificuldades e compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos. Através da dinâmica grupal, o indivíduo é levado a perceber a própria demanda, reconhecer o que já conhece e sentir-se estimulado a participar dos atendimentos individuais subsequentes. Para isso, é imprescindível que sejam estabelecidas estratégias adequadas de interação com a cliente para conquistar sua

confiança, não submetendo-as as nossas necessidades, conceitos e valores, mas compreendendo que a mulher se encontra inserida em um contexto de natureza pessoal, social e cultural próprio (VINHAS et al, 2004).

Nesse contexto, a enfermagem contribui na educação em saúde, fornecendo subsídios para o autocuidado no acompanhamento das consultas de pré-natal. É oportuno salientar que, para oferecer uma assistência de qualidade e humanizada, é importante escutar a perspectiva das gestantes que vivem com o HIV, ao prestar assistência no enfoque preventivo devem atentar à necessidade de saúde em aspectos relativos ao apoio emocional e psicológico que envolve a mulher (SPINDOLA et al, 2015).

Complementando e dando continuidade, foi questionado à essas mulheres a respeito da motivação em participar das consultas e dos momentos com o grupo de gestantes, como resultado pode ser sinalizado um ponto em comum entre elas, a saúde dos filhos como prioridade:

“É, o cuidado né, com meu filho. Porque se você não vai, você não tem como saber como é que tá o seu bebê, entendeu?” (MVHIV 2)

“Minha saúde, né, e meus filhos, né. Meu bem maior, meus filhos.” (MVHIV 4)

“Já que eu não me cuidei a tempo, agora eu vou me cuidar pra que minha filha não tenha, porque ela não tem culpa.” (MVHIV 5)

“Pra não passar o vírus pro meu filho.” (MVHIV 6)

“Eu creio que o bem-estar do bebê, né. Tem que ter consciência que a gente tá gerando uma vida e a partir de tudo isso não teve culpa dos problemas que você tem, principalmente um bebezinho ...” (MVHIV 8)

A maternidade das MVHIV é sensibilizada pelas sobrecargas psicossociais relativas à discriminação e ao estigma, além do forte receio da TV. O medo e a culpa quanto à possibilidade de infecção do bebê e à não amamentação aumentam com os julgamentos morais e o estigma a que estão expostas como mães, tanto em sua comunidade quanto nos serviços de saúde (BELLOTTO et al, 2019).

Em pesquisa realizada por Spindola et al (2015) com 10 gestantes soropositivas foram identificadas as seguintes perspectivas sobre a maternidade: a esperança do filho ser saudável e de poder cuidá-lo no futuro; a esperança de se cuidar, primeiramente, para, desse modo, conseguir cuidar dos seus filhos no futuro; a esperança de o filho não ser portador do vírus. As conclusões citadas remetem ao que foi encontrado nas falas acima: a priorização na saúde dos filhos.

Corroborando com esse cenário, Bellotto et al (2019), em sua pesquisa realizada com seis MVHIV sobre suas experiências durante a gestação, relata que as mulheres expressaram sentimentos e vivências que remetiam à centralidade da saúde do bebê, como se precisassem focar-se estritamente na prevenção da TV, agarrando-se à esperança da não infecção dos filhos, e dessa forma, priorizando a adesão aos ARV.

Villela & Barbosa (2017), concluíram através de um estudo, que analisa as trajetórias de 85 mulheres vivendo com HIV/aids em seis cidades brasileiras, que referente às questões amorosas e reprodutivas, a abordagem das trajetórias mostrou que a infecção pelo HIV não necessariamente significa um obstáculo para que as mulheres realizem seus projetos, sugerindo a importância do apoio dos serviços bem como dos profissionais de saúde às suas decisões nesse âmbito.

Seguindo nesse cenário, na educação em saúde a linguagem acessível à pessoa é fundamental para explicar os aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, bem como a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da TARV, contribuindo para a adesão ao tratamento e ao seguimento (BRASIL, 2019). No que diz respeito às descobertas sobre a terapia e a adesão ao tratamento, pode-se evidenciar as seguintes falas:

“Sim, falaram que eu não podia deixar de tomar, que seria muito importante, né, pra mim, como eu tava grávida, não podia deixar de tomar a medicação, mas assim, outras coisas também (...) a alimentação, né, como eu tava gestante, eu precisava de uma alimentação melhor, né, e não era só eu, né, tinha uma vida dentro de mim, né, então eu tive aquele cuidado todo, da alimentação, né.” (MVHIV 2)

“[...] sobre a medicação, eu também já sabia de tudo, assim, efeitos colaterais também da que eu tomo eu também já sabia, as meninas

chegava lá reclamando que tava sentindo assim, aí eu já dizia: ‘oh, fale com o médico, peça pra trocar, você tem direito, se tá le fazendo mal, você tem que pedir a ele.’ (MVHIV 4)

“De tomar a medicação, e que tomando a medicação eu posso controlar o vírus pra não contrair a doença, de também não tá me relacionando com pessoas, entendeu? Mesmo tendo, mas tendo com preservativo e tal, tudo certinho, pra também não contrair outras coisas também, fui bem orientada sobre esses aspectos e tô seguindo bem, ainda bem.” MVHIV 7

Os discursos supracitados nos faz refletir a respeito da afirmação de Lima et al (2018), quando refere que dentre os fatores apontados para a não adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV está a falta de acesso às informações. A falta de acesso às informações pode criar expectativas errôneas relativas à evolução clínica e ao tratamento da doença. Além disso, percebemos novamente através das falas a interação entre as participantes do grupo, dividindo experiências e conhecimentos, adquiridos em outros momentos, a respeito da terapia, ressaltando a excelência da metodologia de grupo como estratégia na educação em saúde.

Com isso, concordando com Hernandez et al (2019), fica evidenciado que, para melhorar as expectativas de gestantes com diagnóstico de infecção pelo HIV, o aconselhamento deve sempre se fazer presente, pelo fato de serem soropositivas ou terem diagnóstico recente, e pelo risco de transmissão vertical da doença. Sendo assim, um pré-natal de qualidade, com o tratamento antirretroviral combinado é de fundamental importância para reduzir as taxas de transmissão vertical. Nessa perspectiva, as mulheres vivendo com HIV foram interrogadas a respeito da influência da participação no grupo em relação à TV:

“É... Assim, eu tive aquele apoio, da equipe lá do grupo né, que elas falavam pra mim e não tinha risco de passar pro meu bebê, aí isso me ajudava muito, dava apoio pra mim né, e me via como uma gestante normal, entendeu? Não me passava em momento nenhum medo da

minha gravidez, só me passava segurança, fui aprendendo mais coisas, mais coisas.” (MVHIV 2)

“Ah, ótimo! Ótimo e recomendo, porque tem muitas mães que não sabem, não entende também, não aceitam assim como eu, entendeu? Mas orienta muito pra que não aconteça outras coisas e venha pensar mais também na criança, porque ela não merece passar pelo mesmo sofrimento que a pessoa passa.” (MVHIV 7)

“Ah, importantíssimo, porque é toda uma instrução, né, uma instrução dos nove meses o que você tem fazer, como você tem que se alimentar, (...) e a ajuda é muito grande, em questão referencia a alimentação, o direito do bebê também é ter o leite do recém-nascido, então isso é muita importância, a influência deles no decorrer da gravidez. Eu acho que se não tivesse esse grupo, esse tipo de trabalho seria muito mais difícil pra uma mulher compreender que fazendo as coisas certinho é muito difícil pro bebê com um tipo de patologia como essa.” (MVHIV 8)

Nesse contexto, podemos afirmar que diante do papel que o enfermeiro tem, dentro do seu pilar formativo, destaca-se a educação em saúde, podendo então ultrapassar o processo clássico de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir em busca da adoção de comportamentos saudáveis. A fim de atingir tal objetivo, faz-se premente a utilização de tecnologias que facilitem esse processo de ensino (LIMA et al, 2018).

Monteiro et al (2019), através de um estudo sobre ações educativas para prevenção de HIV entre jovens, refere que para trabalhar em grupo deve-se optar por utilizar metodologias ativas, que levam o ouvinte a imaginar-se em uma situação, o que proporciona uma discussão do tema. Dessa forma, os autores concluíram que a melhor forma de disseminar conhecimentos, informações, desmistificar o HIV/AIDS e reduzir seu impacto negativo é através das ações educativas, as intervenções das ações educativas têm impactos positivos se implementadas ao respeitar todo o contexto biopsicossocial dos participantes.

Ainda conforme Lima et al (2018), educação em saúde se mostra, então, como o melhor caminho para suprir a privação de conhecimento das gestantes soropositivas. Nesse sentido, é indispensável exercer a individualidade do cuidado humanizado às mães soropositivas, no intuito de dispor de subsídios para o enfrentamento das principais dificuldades vivenciadas por elas, sendo imprescindível que os profissionais se aproximem da realidade dessas mulheres, ouvindo-as e permitindo que elas expressem todas as suas dúvidas.

O recorte dos discursos confirma a relevância da participação no grupo para as mulheres que participaram da pesquisa, reflete sobre conflitos e sentimentos que permeiam a gestante nessa condição, mas principalmente reafirma a importância do compartilhamento do saber associado ao estabelecimento de vínculo entre profissional-usuário. A educação em saúde como produção do cuidado, em qualquer nível de atenção, tem o poder de transformar pensamentos e mudar percepções, além de empoderar diretamente mulheres em situação de vulnerabilidade social e ainda possibilitar, através da metodologia de encontros em grupo, o compartilhamento de vivências, o que facilita a compreensão e a execução do autocuidado.

Para finalizar, a conclusão do que se percebeu a respeito de educação em saúde pode se associar ao conceito de Rizoma criado pelo filósofo Deleuze e Guattari (2004) e adaptado por Medeiros e Jorge (2018), que fala sobre um modo de produzir saberes:

Rizoma é uma espécie de caule ou radículas em que não se percebem os limites com precisão, e que se espalham de forma subterrânea e horizontalmente. No rizoma, as linhas de força que o constituem não cessam de se conectar com outras linhas, formando um mapa vivo, sem origem e sem finalidade; está sempre em processo, entre, no meio. O rizoma não se deixa capturar pela representação e não possui essência ou algo a ser desvelado, os elementos estão na superfície à disposição dos encontros e das múltiplas conexões.

Segundo Medeiros e Jorge (2018), as redes rizomáticas se constituem do agenciamento de saberes e fazeres, tecnologias e subjetividades que resultam no cuidado na micropolítica do trabalho vivo. As conexões entre as diversas linhas dessa rede rizomática estão intrínsecas à atividade de trabalho. A produção de projetos de vida não se realiza solitariamente, mas em relação, nos encontros. Os encontros em grupo abrandam resistências e modificam posturas: desvelam não só a importância do tratamento mas do autocuidado, da vida.

Dessa forma, é assertivo que o cuidado sempre se produz em conjunto. Nos três níveis de atenção ou mesmo no interior de uma unidade de saúde há microrredes que atuam na produção do cuidado entre usuários e profissionais de saúde. Em qualquer momento há articulação entre as unidades e entre as equipes, criando, assim, as redes de relações (MEDEIROS & JORGE, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos dados citados, pode-se afirmar que as informações corroboram com a literatura atual sobre a caracterização das MVHIV, quando, nesta pesquisa, obteve-se que o maior número de mulheres se autodeclararam de cor parda, nível de escolaridade de metade delas foi de nível fundamental, renda entre 1 e 2 salários mínimos entre a maioria das mulheres, confirmando o evento de pauperização da epidemia, e o estado civil das participantes em sua grande maioria foi de união estável, desfazendo o preconceito de que mulheres diagnosticadas com HIV são mulheres em comportamento sexual fora dos padrões.

A partir do exposto neste estudo, pode-se concluir, através dos discursos avaliados, que ser mãe e viver com HIV envolve conflitos e sentimentos, além de perspectivas variadas sobre o futuro. Dessa forma, através das perspectivas das participantes, a educação em saúde na metodologia de grupo consiste em uma estratégia que constitui uma possibilidade de intervenção indireta, mas que diretamente atua na mudança de atitude a respeito da percepção sobre a condição e na execução do tratamento correto, sendo positiva e relevante para redução da transmissão vertical.

Analisando a efetividade da educação em saúde na metodologia de consulta coletiva como ferramenta para prevenção da transmissão vertical do HIV, através do resultado da pesquisa essa estratégia pode ser caracterizada como uma contribuição positiva, visto que entre as participantes da pesquisa e do grupo no ano de 2017, não houve casos positivos para TV entre elas.

Através da análise desse estudo, pode-se afirmar que o acesso ao conhecimento constitui uma ferramenta de promoção de saúde, quando após conhecer a condição, as mulheres, como protagonistas, sentem-se empoderadas para dar continuidade ao tratamento. Além disso, afirma-se também que essa metodologia constitui uma ferramenta de prevenção, quando por intermédio do grupo, as participantes passam a entender sua responsabilidade na transmissão vertical, e dessa forma, previnem que seus filhos adquiram a infecção.

Dessa forma, salienta-se também o papel do enfermeiro como educador, que por sua atuação em contato direto com o paciente tem a função de realizar estratégias para facilitar o convívio das MVHIV, assim como estimular a mudança de comportamento,

fazendo com que seja percebido a relevância da realização correta da terapia na prevenção da transmissão vertical, bem como na melhoria da qualidade de vida. Com isso, é ressaltado mais uma vez a importância do profissional de enfermagem possuir conhecimento específico dessa temática, estar atualizado quanto a essas e outras questões de vulnerabilidade social, para que seja fornecido um cuidado de qualidade, e para que não exista preconceito e estigmas na relação profissional-paciente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. L. et al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV.

Revista Brasileira de Enfermagem, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500010.

Acesso em: 31 de Janeiro de 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo/L'analyse de contenu**; Tradução Luís

Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo : Edições 70, 2016.

BELLOTTO, P. C. B. et al. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto

de mulheres com HIV. **Interface - comunicação, saúde e educação**. 2019. Disponível

em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e180556>. Acesso em: 04 de Dezembro

de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para**

Manejo da infecção pelo HIV em adultos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e

Insumos Estratégicos Esplanada dos Ministérios, Brasília – DF, 2017. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_ManejoInfeccaoHIVadultos_CP.pdf. Acesso em: Setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**.

Brasília: 2002, Unidade de assistência. Disponível em: www.aids.gov.br. Data do

acesso: setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Boletim epidemiológico Aids e DST**. Brasília:

MS; 2015. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2015>. Acesso

em: 07 de Outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS**,

Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Brasília - DF, 2014. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2014>. Acesso

em: 07 de Outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS**, Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília - DF, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv aids-2018>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De Hiv, Sífilis E Hepatites Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília - DF - 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 07 de Outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis : manual de bolso**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília - DF, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2006/protocolo-para-prevencao-de-transmissao-vertical-de-hiv-e-sifilis-2007-manual-de-bolso>. Acesso em: 04 de Dezembro de 2019.

CARDOSO, A. J. C. et al. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Revista de Saúde Pública**, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900016. Acesso em: 31 de Janeiro de 2020.

CARDOSO, F. et al. Dermatoses em indivíduos infectados pelo vírus HIV com diferentes graus de imunossupressão. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v77n6/v77n6a04.pdf>. Acesso em: 07 de Outubro de 2018.

CARTAXO, C. M. B. et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, 2013. Disponível em: www.scielo.br/epsic. Acesso em: 02 de Dezembro de 2018.

CAVALCANTE, R. B. et al. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação e Sociedade:**

Estudos, 2014. Disponível em:

http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf. Acesso em: 01 de Fevereiro de 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Notificação da infecção pelo HIV em gestantes: estimativas a partir de um estudo nacional. **Revista de Saúde Pública**, 2018.

Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052017439.pdf.

Acesso em: 31/01/2020.

FARIA, E. R. et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/09.pdf>. Acesso em: 04 de Dezembro de 2019.

FRIEDRICH, L. et al. Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. **Boletim Científico de Pediatria** - 2016. Disponível em:

http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170118174005bcped_05_03_a03.pdf.

Acesso em: 07 de Outubro de 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GOMES, D. M. et al. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2015.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000400413.

Acesso em: 27 de Janeiro de 2020.

GÓIS, A. R. S. et al. Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com HIV/Aids. **Avances en Enfermería**, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00171.pdf>. Acesso

em: 04 de Dezembro de 2019.

GONÇALVES, T. R. PICCININI, C. A. Contribuições de uma Intervenção

Psicoeducativa para o Enfrentamento do HIV durante a Gestação. **Psicologia: Teoria e**

Pesquisa, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n2/0102-3772-ptp-31-02-0193.pdf>. Acesso em: 04 de Dezembro de 2019.

HERNANDES, C. P. et al. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. **JHBS - Revista de Saúde e Ciências Biológicas**, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2211/801>. Acesso em: 14 de Janeiro de 2020.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Tecnologias e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018. Disponível em:

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001759&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 de Fevereiro de 2020.

LOURENÇO, G. O. et al. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000300262&tlng=pt. Acesso em: 04 de Dezembro de 2019.

MEDEIROS, D. S. JORGE, M. S. B. A invenção da vida na gestação: viver com HIV/Aids e a produção do cuidado. **Sexualidade, Saúde e Sociedade**, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000300242&tlng=pt. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2020.

MEIRELLES, M. Q. B. et al. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. 2016. Disponível em:

<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n6/427-434/pt>. Acesso em: 07 de Outubro de 2018.

- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciências e saúde coletiva*, 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 de Novembro de 2019.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MONTEIRO, R. S. M. et al. Ações educativas sobre prevenção de HIV/Aids entre adolescentes em escolas. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*, 2019. Disponível em:
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_serial&pid=1409-4568&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2020.
- PEDROSA, N. L. et al. Assistência especializada para pessoas com aids no estado do Ceará, Brasil. *Revista Saúde Pública*, 2015. Disponível em:
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049006028.pdf. Acesso em: 31 de Janeiro de 2020.
- PINTO, V. M. et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n7/2423-2432/#>. Acesso em: 16 de Janeiro de 2020.
- RACHID, M. e SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**.-10. Ed.- Rio de Janeiro - RJ, 2017. Disponível em:
https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=WwBnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=hiv+aids&ots=mxk7ZocU4v&sig=XOzws_MKBAMHtGcPjh0DDR_MtUk#v=onepage&q&f=true. Acesso em: Setembro de 2018.
- RASERA, E. F. JAPUR, M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estudo de psicologia (Natal) vol.8 no.1*, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100007.

Acesso em: 08 de Outubro de 2018.

RODRIGUES, S. T C. et al. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200009. Acesso em: 05 de Fevereiro de 2020.

SILVA, C. G. S. Serviço de Assistência Especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100013.

Acesso em: 31 de Janeiro de 2020.

SILVA, C. M. et al. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0568.pdf. Acesso em: 15 de Janeiro de 2020.

SPINDOLA, T. et al. Percepção da maternidade pela gestante que vive com HIV.

Investigação e Educação em Enfermagem, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 31 de Janeiro de 2020.

VILLELA, W. V. BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciências e Saúde Coletiva**, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0087.pdf>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2020.

VINHAS, D. C. S. et al. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2004. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_1/pdf/f2_amamenta.pdf. Acesso em: 31 de Janeiro de 2020.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título da Pesquisa: GRUPO DE GESTANTES COM HIV: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Data de Preenchimento do Questionário: ___/___/___

Entrevistador: _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1. Idade: _____

1.2. Raça/Cor:

() Branca () Preta () Amarela ()
Parda () Indígena () Ignorado

1.3. Estado Civil

() Solteira () Casada () União
estável () Separada/Divorciada
() Viúva

1.4. Escolaridade

() Não Alfabetizado () Ensino
Fundamental completo ()
Ensino fundamental
incompleto () Ensino Médio completo
() Ensino Médio incompleto

() Ensino superior completo () Ensino
Superior incompleto

1.5. Profissão: _____

1.6. Renda familiar

() Até 1 salário mínimo
() 1 a 2 salários mínimos
() 2 a 4 salários mínimos
() Mais de 4 salários mínimos

1.7. Religião

() Cristão/católico
() Cristão/protestante
() Espírita
() Outros : _____

1.8. Quantas pessoas convivem na
casa: _____

2. DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

2.1. Gestações anteriores: _____

2.2. Tipo de parto: _____

2.3. Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis: () Sim. Qual? _____ () Não

3. SOBRE A CONDIÇÃO SOROLÓGICA PARA O HIV

3.1. Como ficou sabendo que tinha o HIV?

3.2. Como contraiu o HIV?

3.3. Há quanto tempo sabe do diagnóstico?

3.4. Você pratica sexo sem camisinha?

3.5. O seu parceiro sabe que você tem HIV?

3.6. A sua família sabe que você tem HIV?

3.7. Alguém mais sabe que você tem o HIV? Se sim. Que tipo de reação familiar/sociedade você enfrentou ou enfrenta?

4. SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO

4.1. Você sabe por que fez acompanhamento pré-natal aqui no Pam?

4.2. Você planejou engravidar?

4.3. Você faltou alguma consulta? Por quê?

4.4. Você deixou de realizar algum exame no pré-natal? Por quê?

4.5. Você já deixou de tomar alguma medicação- Qual (is)? Por quê?

4.6. Você tem ou teve dificuldades com os Antirretrovirais (os medicamentos específicos para a sua condição de gestante com HIV)? Quais?

4.7. Na sua opinião, o que dificultou você ir às consultas do pré-natal?

4.8. O que lhe motivou participar das consultas pré-natal?

5. SOBRE O GRUPO

5.1. Quais as principais descobertas sobre o HIV que o grupo lhe trouxe?

5.2. Qual as principais descobertas sobre o TARV que o grupo lhe trouxe?

5.3. Como você descreve a influência do grupo sobre TV?

5.4. Defina com uma palavra a importância do grupo para você.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 466/12-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “CONSULTA COLETIVA: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTANTES”, dos pesquisadores Karolayne Lima Santos, estudante, matriculada no Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas-ESENFAR/UFAL, sob orientação da Prof. MSc^a Enf. Sueli Teresinha Cruz Rodrigues, responsável por sua execução, A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a conhecer a efetividade do grupo de gestantes com HIV em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da cidade de Maceió como estratégia para redução da transmissão do HIV da mãe para o bebê;
2. A importância deste estudo é a de que se faça conhecido a efetividade do grupo de gestantes com HIV, para que se assegurem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV, principalmente no que se refere ao conhecimento das mesmas sobre o risco de transmissão da mãe para o bebê e as formas de prevenção;
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: descrever, através das falas e da busca em prontuários de mulheres que passaram pelo grupo de gestantes com HIV, a efetividade do grupo na redução da transmissão do HIV da mãe para o bebê; analisar o conhecimento das mulheres a respeito da síndrome e do risco de transmissão antes e depois da participação no grupo; descrever as características sociais das mulheres que passaram pelo grupo de gestantes com HIV.
4. A coleta de dados começará após aprovação do Comitê de Ética e está previsto para começar em Outubro/2019 e terminar em Novembro/2019. No entanto, a convidada só participará o tempo suficiente para responder a entrevista;

5. O estudo será feito da seguinte maneira: a pesquisadora entrará em contato com as participantes durante as consultas de rotina na unidade do PAM para apresentação e convite, feito isso, a participante será levada para um local disponibilizado pela unidade do PAM para realização da pesquisa, onde a mesma possa se sentir confortável para responder o formulário. Após a leitura, consentimento e assinatura do T.C.L.E., a entrevista será realizada pela pesquisadora, que gravará e preencherá o questionário conforme as informações que fornecidas;
6. A sua participação será nas seguintes etapas: autorização à gravação da entrevista para posterior transcrição pela pesquisadora; levar o TCLE assinada por você e pela pesquisadora;
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental serão mínimos, como por exemplo a emoção ao dialogar sobre a situação. Caso essa situação se concretize, a entrevista será interrompida definitivamente ou parcialmente a depender da escolha do participante da pesquisa, e as pesquisadoras aceitarão a decisão;
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa são relativos à sua colaboração para melhoria da assistência prestadas às mulheres vivendo com HIV e contribuição para pesquisadores e profissionais da saúde;
9. Você será informado(a) do resultado final do projeto através de roda de conversa ou palestra em momento oportuno após conclusão da pesquisa, e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
10. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você. Nada será pago ou recebido pela participação na pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras, à equipe de enfermagem e às mulheres vivendo com HIV;
13. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no

mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe de pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas;
 Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária, Tabuleiro do Martins;
 Cidade/CEP: Maceió/AL, 57.072-900;
 Telefone: 3214-1100;
 E-mail: karol.enfufal@gmail.com.

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 - Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

<hr/> Assinatura ou impressão datiloscópica da voluntária ou responsável legal.	<hr/> Nome e Assinatura do Pesquisador responsável pelo estudo.

ANEXO B - Autorização Secretaria Municipal de Saúde de Maceió



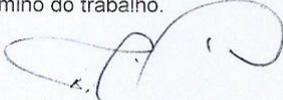
ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	05800.015664 2019 MINUTA 16
INTERESSADO	Karolayne Lima Santos
ASSUNTO	Solicitação de autorização para projeto de pesquisa

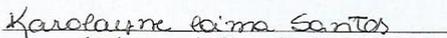
Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 27/03/2019

- Autoriza-se Karolayne Lima Santos, a realizar uma pesquisa intitulada: "Grupo de gestantes com HIV: Uma Estratégia para redução da Transmissão vertical em serviço de referência", da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
- A pesquisa será realizada no bloco I do Posto de Atendimento Médico (PAM SALGADINHO).
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo as pesquisadoras que apresentarem os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.


JOSÉ THOMAZ NONÔ

Secretário Municipal de Saúde

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho


Assinatura do Pesquisador (a)

Rua Dias Cabral, nº569, Sala 407, Centro, CEP 57020-250
Maceió/AL - Fone: (082)3315-5183

www.maceio.al.gov.br/sms/

ANEXO C - Autorização Comitê de Ética em Pesquisa - UFAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRUPO DE GESTANTES COM HIV: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.

Pesquisador: SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16287119.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.663.668

Apresentação do Projeto:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino. A feminização da epidemia incide sobre as gestantes e, assim, sobre parte da população infantil, pois as gestantes infectadas, pela transmissão vertical (TV) têm a possibilidade de infectar o filho durante a gestação, parto e pós-parto. O Ministério da

Saúde afirma que em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo conhecer a efetividade do grupo de gestantes com HIV cadastradas em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da cidade de Maceió-Alagoas como estratégia para redução da

transmissão vertical. Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória, com a abordagem qualitativa que será realizado com mulheres portadoras do HIV que participaram do grupo de apoio à gestantes cadastradas no SAE do Bloco I Pam Salgadinho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a efetividade do grupo de gestantes com HIV realizado no bloco I do PAM Salgadinho, como uma estratégia para a redução da transmissão vertical.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.663.668

Objetivo Secundário:

Descrever, através das falas e da busca em prontuários de mulheres que passaram pelo grupo de gestantes com HIV, a efetividade do grupo na redução da transmissão vertical;

Analisar o conhecimento das mulheres a respeito da síndrome e da transmissão vertical antes e depois da participação no grupo; Descrever o perfil sócio demográfico das mulheres que passaram pelo grupo de gestantes com HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Devido a não se tratar de pesquisa experimental o presente estudo não oferece risco físico. Existe a possibilidade de as mulheres se emocionarem ao dialogar sobre a sua situação, nesse caso, a pesquisadora terá o dever de parar a pesquisa, acalmar a participante e, caso haja condições, dar continuidade à pesquisa, buscando sempre a qualidade da atenção, assim como no espírito de trabalho em respeito aos direitos humanos e à dignidade da pessoa infectada pelo HIV. O local da coleta será reservado e de acesso restrito para tornar fácil o controle das informações prestadas. Não haverá vinculação dos resultados da pesquisa à imagem das participantes, nem à instituição.

Benefícios:

Entre os benefícios, haverá a conscientização dessas mulheres sobre a contribuição para o direcionamento de ações e intervenções dos profissionais de saúde, bem como de políticas públicas que promovam a melhor adesão de gestantes soropositivas ao pré-natal, reduzindo dessa forma, a taxa de transmissão vertical; A contribuição para a operacionalização de cuidados de enfermagem e para a formulação de intervenções mais efetivas; O incentivo ao desenvolvimento de futuras pesquisas de enfermagem sobre a adesão ao pré-natal de gestantes com HIV/Aids; Benefício para o serviço em questão, assim como às gerências municipais e estaduais da assistência as mulheres com HIV/Aids e coordenação de DST/HIV/Aids no município de Maceió.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma resposta a pendências que foram acatadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados de forma adequada.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.663.668

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado de acordo com as resoluções CEP: 466/12 e 510/16

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.663.668

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1351587.pdf	19/09/2019 20:53:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO_AJUSTAD.pdf	19/09/2019 20:50:33	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTAD.pdf	19/09/2019 20:40:11	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
Outros	CARTAO_RESPOSTA2.pdf	19/09/2019 20:38:34	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_AJUSTAD.pdf	19/09/2019 20:37:34	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_PUBLICIZACAO.pdf	03/08/2019 13:06:43	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/06/2019 12:42:33	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
Outros	instrumento.pdf	16/05/2019 22:39:04	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_secretaria.pdf	16/05/2019 22:30:02	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	16/05/2019 22:14:21	SUELI TERESINHA CRUZ RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 26 de Outubro de 2019

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com