



ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE / ORIGINALE

Pregnant women with HIV/Aids followed in public services

Gestantes com HIV/Aids acompanhadas em serviços públicos
Mujeres embarazadas con HIV/Aids acompañadas en los servicios públicos en Fortaleza, Ceará.

Marilene Alves Oliveira Guanabara¹, Maria Alix Leite Araújo², Valéria Lima de Barros³, Ana Paula Soares Gondim⁴, Paula Manuela Rodrigues Pinheiro⁵, Fábio Alves Oliveira⁶

ABSTRACT

Objective: To evaluate sociodemographic, obstetric and behavioral characteristics of pregnant women with HIV/Aids followed in two public maternity hospitals in Fortaleza, Ceará. **Methodology:** Cross-sectional study from April to December 2008 with 49 pregnant women. To collect data we used a questionnaire and analysis of medical records. **Results:** In the analysis we applied proportions, measures of central tendency, dispersion, and the chi-square test. The mean age was 25.8 years and 63.3% had attended or completed primary school. All had family income below three minimum wages. Had only one sexual partner in the last year, 79.6%, the average gestational week of onset of prenatal care was 14.9 and 21.4 of antiretroviral therapy. Knew the diagnosis before pregnancy, 28 (57.1%) situation that presented a statistical association with the onset of antiretroviral drugs. **Conclusion:** Knowing the HIV diagnosis before pregnancy contributes to the early initiation of antiretroviral drugs.

Descriptors: Pregnant woman. AIDS serodiagnosis. HIV infections. Prenatal care.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as características sociodemográficas, obstétricas, comportamentais e relativas ao exame anti-HIV de gestantes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, acompanhadas em serviços públicos de Fortaleza, Ceará. **Metodologia:** Estudo transversal realizado de abril a dezembro de 2008 com 49 gestantes. Para coleta de dados utilizou-se um questionário e análise de prontuários. Na análise aplicaram-se proporções, medidas de tendência central, dispersão e o teste do qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** A média de idade foi 25,8 anos e 63,3% cursavam ou haviam concluído o ensino fundamental. Todas tinham renda familiar inferior a três salários mínimos. Tiveram um único parceiro sexual no último ano, 79,6%, a média de semanas gestacionais do início do pré-natal foi de 14,9 e do tratamento com antirretrovirais de 21,4. Conheciam o diagnóstico previamente a gestação, 28 (57,1%) situação que apresentou associação estatística com o início dos antirretrovirais. **Conclusão:** Conhecer o diagnóstico de HIV antes da gestação contribui para o início precoce dos antirretrovirais.

Descritores: Gestantes. Sorodiagnóstico da aids. Infecções por HIV. Cuidado pré-natal.

RESUMEN

Objetivo: Avaliar las características socio-demográficas, obstétricas y de comportamiento de mujeres embarazadas con HIV/Aids acompañadas en maternidades públicas de Fortaleza, Ceará. **Metodología:** Estudio transversal realizado de abril a diciembre de 2008 con 49 mujeres embarazadas. Datos fueron recogidos utilizando un cuestionario y analizando prontuarios. **Resultados:** En el análisis se aplicaron proporciones, medidas de tendencia central, dispersión y examen qui-cuadrado de Pearson. Promedio de edad, 25,8 años y 63,3% cursaban o habían concluido la educación básica. Todas poseían renta familiar inferior a tres salarios mínimos. 79,6% tuvieron un único compañero sexual en el último año. Promedio de semanas de embarazo desde el inicio del prenatal fue de 14,9 y del tratamiento con antirretrovirales el 21,4. 28 (57,1%) conocían el diagnóstico antes del embarazo, situación que presentó asociación estadística con el inicio de los antirretrovirales. **Conclusión:** Conocer el diagnóstico HIV antes del embarazo contribuye al comienzo precoz de los antirretrovirales.

Descritores: Mujeres embarazadas. Serodiagnóstico del SIDA. Infecciones por VIH. Atención prenatal.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira. Fortaleza - Ceará. Professora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. E-mail: marilenealvesog@terra.com.br

² Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Fortaleza, Ceará. E-mail: mleite@unifor.br

³ Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal do Piauí. Enfermeira da Maternidade e Casa de Saúde São José. Picos, Piauí. E-mail: valeriabarro17@hotmail.com

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal do Ceará - UFC de Fortaleza, Ceará. E-mail: anapaulasgondim@ufc.br

⁵ Mestranda em Saúde Coletiva. Coordenadora e Professora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Estadual de Educação Profissional Joaquim Nogueira, Fortaleza, Ceará. E-mail: manurpinheiro@hotmail.com

⁶ Acadêmico de Enfermagem. Universidade de Fortaleza. E-mail: fabionunifor@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O aumento no número de casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em mulheres é um fenômeno mundial, impulsionado pela transmissão heterossexual. No Brasil, a elaboração de estratégias de prevenção específicas para mulheres representa um desafio para o governo e a sociedade civil. Apesar dos investimentos em campanhas educativas, a incidência de aids continua crescente nesse segmento populacional⁽¹⁾, demonstrando a dificuldade de inserção de abordagens inovadoras que considerem as questões específicas das mulheres para adoção de atitudes preventivas.

No Brasil, no período de 1980 a junho 2011 foram notificados 608.200 casos de aids, dos quais 210.538 (34,6%) foram em mulheres. Esse problema trouxe como consequência a transmissão vertical (TV), ou seja, a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou o aleitamento materno, responsável por aproximadamente, 13.540 (85,8%) dos casos notificados em crianças menores de 13 anos⁽¹⁾. A situação da aids em mulheres parece ser mais grave que nos homens, um estudo que analisou a evolução temporal da mortalidade no Brasil⁽²⁾, mostrou que ao longo dos anos a redução de mortes foi muito mais expressiva em pessoas do sexo masculino.

Para tentar reduzir a TV do HIV e conhecer a real prevalência do vírus em gestantes e crianças expostas, o Ministério da Saúde passou a recomendar medidas profiláticas⁽³⁻⁵⁾ e tornou compulsória a notificação de gestantes com HIV⁽⁶⁾. Em decorrência dos grandes benefícios trazidos por essas medidas, é inquestionável a necessidade de esforços governamentais para adotá-las na rotina dos serviços.

Ocorre que os serviços de saúde enfrentam dificuldades para atender a todas as etapas da profilaxia⁽⁷⁾, especialmente a garantia de acesso precoce ao teste anti-HIV e ao tratamento com antirretroviral⁽⁸⁾, especialmente porque os recursos necessários ainda não estão disponíveis em serviços de atenção primária à saúde. Entretanto, a despeito de todas as dificuldades, é inquestionável que ocorreram avanços na redução da TV do HIV após a disponibilização universal da terapia antirretroviral⁽⁹⁾.

O desenvolvimento de estratégias eficazes de promoção da saúde e prevenção de doenças está relacionado ao conhecimento do perfil das pessoas

Pregnant women with HIV/Aids followed in public services acometidas. Considerando que a epidemia de HIV/Aids apresenta especificidades entre os diferentes segmentos da população e necessita de estratégias de enfrentamento adequadas ao contexto situacional em que se inserem esses indivíduos, faz-se necessário conhecer mais detalhadamente as questões específicas relativas às gestantes com HIV com vistas a contribuir para a elaboração de estratégias que efetivamente proporcionem melhoria da qualidade da atenção a essas mulheres.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar as características sociodemográficas, obstétricas, comportamentais e relativas ao exame anti-HIV de gestantes com HIV/Aids acompanhadas em serviços públicos de Fortaleza, Ceará. Dessa forma, pretende-se contribuir para melhoria no desenho de estratégias de prevenção para a elaboração de políticas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

MÉTODO

Estudo transversal realizado nos meses de abril a dezembro de 2008, em duas maternidades públicas, referências para o atendimento de mulheres grávidas com HIV/Aids em Fortaleza, Ceará, Brasil. Essas duas maternidades realizam anualmente cerca de 10 mil partos, representando aproximadamente 25% do total do município. Em uma das maternidades o atendimento à gestante é ofertado por uma equipe multiprofissional formada por médicos (obstetra e infectologista), enfermeiro, assistente social e psicólogo. Na outra, a gestante é atendida pelo obstetra e encaminhada a outro serviço para o acompanhamento clínico com o infectologista.

O estudo envolveu todas as gestantes com HIV/Aids que se encontravam em acompanhamento pré-natal nessas maternidades, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Visando garantir maior fidedignidade das informações, foi explicado às mulheres que as respostas eram totalmente confidenciais. Foram excluídas as gestantes acompanhadas em pré-natal e não infectadas pelo HIV/Aids.

A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários e de um questionário aplicado às gestantes com HIV/Aids. Inicialmente as informações eram extraídas dos prontuários e posteriormente confirmadas e complementadas durante as entrevistas que eram realizadas logo após a consulta médica em uma sala privativa destinada exclusivamente para esse fim. Duas acadêmicas de

enfermagem foram treinadas para aplicar o questionário.

As variáveis estudadas foram: sociodemográficas (idade da gestante, procedência, escolaridade, ocupação, renda pessoal e familiar, situação conjugal, número de parceiros sexuais na vida e no último ano); obstétricas (número de gestações e de consultas de pré-natal, semanas gestacionais de início do pré-natal e que recebeu o resultado do exame anti-HIV); comportamentais (uso de droga injetável pelo parceiro, forma de contágio do HIV, local onde recebeu o diagnóstico de HIV, revelação do diagnóstico ao parceiro e à família e uso dos antirretrovirais).

A análise dos dados foi realizada no programa Epi Info, versão 3.5.1. A medida utilizada para as variáveis qualitativas foi a proporção e para as quantitativas foram medidas de tendência central e dispersão. As diferenças nas proporções foram comparadas pelo teste do qui-quadrado de Pearson com nível de significância estatística de 5% e intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa atendeu as normas éticas sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos referidos hospitais com parecer Nº 22/08. Todas as mulheres foram convidadas a assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários foram aplicados pela pesquisadora em um local privativo para não comprometer a veracidade das informações.

RESULTADOS

Foram identificadas no período do estudo 53 gestantes com HIV acompanhadas no pré-natal nas duas maternidades, sendo 43% na maternidade com equipe multiprofissional e 57% na maternidade sem equipe multiprofissional. No entanto, participaram do estudo 49, devido a quatro recusas. Nenhuma das gestantes tinha sinais e/ou sintomas clínicos de aids e todas se encontravam em tratamento com antirretrovirais.

A maioria (65,3%) residia em Fortaleza e 17 (34,7%) eram provenientes de cidades do interior do Estado. A idade variou de 18 a 38 anos, com média de 25,8 anos (DP:5,7). Trinta e uma (63,3%) cursavam ou haviam concluído o ensino fundamental, 16 (32,6%) o ensino médio e duas (4%) o ensino superior. Referiram não trabalhar no período da coleta de dados (73,5%) e destas, 25 (51%), não possuíam nenhuma outra

Pregnant women with HIV/Aids followed in public services renda (bolsa família, bolsa escola ou qualquer outro benefício do governo). Das 13 (26,5%) que informaram ter ocupação remunerada, cinco (38,5%) recebiam menos de um salário mínimo (R\$ 415,00 reais vigentes na época) e 11 (22,4%) entre um e dois salários. A renda familiar variou de menos de um (28,6%) a menos de três salários mínimos (71,4%) (Tabela 1).

No que diz respeito aos dados obstétricos, dez (20,4%) eram primigestas, 39 (79,6%) multigestas e sete (14,3%) já haviam abortado. Uma média de três gestações por mulher (DP: 2,1), incluindo os abortos e a gestação atual. Dezesesseis (32,7%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 30 (61,2%) no segundo trimestre e três (6,1%) no terceiro. As médias de início do pré-natal e do tratamento com antirretroviral foram de 14,9(DP: 5,1) e 21,4 (DP: 6,5) semanas gestacionais, respectivamente. Das 32 mulheres que tinham filhos vivos, somente duas (6,3%) relataram ter filhos com HIV (Tabela 2).

Em relação à situação conjugal, 42 (85,7%) mulheres tinham parceiro fixo e destas, 35 (83,3%) moravam com o mesmo. Referiram que comunicaram o resultado do exame ao parceiro, 38 (90,5%) das gestantes. Trinta e nove (79,6%) tiveram um único parceiro sexual no último ano, com média de 1,4 (DP: 1,1) e a forma de transmissão predominante foi sexual em 44 (89,8%) casos. Nenhuma das gestantes referiu ser ou ter sido usuária de drogas injetáveis e três (6,1%) relataram que os parceiros atuais usaram drogas injetáveis em alguma fase da vida (Tabela 3).

Para a maioria das gestantes 43 (87,8%), o diagnóstico ocorreu entre os anos de 2004 e 2008. Receberam o resultado em uma unidade primária de saúde, 14 (28,6%) gestantes e 35 (71,4%) em outro serviço (Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, Centros de Referência para DST e Maternidades). Pode-se observar que ao longo dos anos houve um incremento considerável da testagem para o HIV na atenção primária (Figura 1).

Somente 11(39,3%) gestantes que descobriram o diagnóstico antes da gestação atual iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. 16 (76,2%) das mulheres que descobriram o diagnóstico durante a gestação iniciaram o pré-natal no segundo e terceiro trimestres, assim a grande maioria 12 (57,1%) iniciou o tratamento com os antirretrovirais apenas no segundo e terceiro trimestres (Tabela 4).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas de gestantes com HIV acompanhadas em serviços públicos. Fortaleza, Ceará, 2008 (N=49).

Variáveis	Média(DP)	n	%
Procedência			
Fortaleza		32	65,3
Outro município		17	34,7
Faixa etária (em anos)			
	25,8 (5,7)		
18 - 19		08	16,3
20 - 29		26	53,1
30 - 38		15	30,6
Escolaridade			
Ensino fundamental completo/ incompleto		31	63,4
Ensino médio completo/incompleto		16	32,6
Ensino superior		02	4,0
Trabalha			
Sim		13	26,5
Não		36	73,5
Renda pessoal (salários mínimos)			
Nenhuma		25	51,0
≤ 1		13	26,5
>1 e ≤ 2		11	22,4
Renda familiar (salários mínimos)			
≤ 1		14	28,6
>1 e ≤ 3		35	71,4

Tabela 2 - Variáveis obstétricas de gestantes com HIV/Aids em uso de terapia antirretroviral acompanhadas em serviços públicos. Fortaleza, Ceará, 2008 (N=49).

Variáveis	Média (DP)	n	%
Número de gestações			
	3,0 (2,1)		
1		10	20,4
2- 4		32	65,3
>4		07	14,3
Início do pré-natal (Em trimestre)			
	14,9 (5,1)		
Primeiro		16	32,7
Segundo		30	61,2
Terceiro		03	6,1
Pré-natal em outras gravidezes			
Sim		31	96,9
Não		01	3,1
Histórico de aborto			
Sim		07	4,3
Não		42	85,7
Filhos vivendo com HIV			
Sim		02	6,1
Não		20	60,6
Não sabe		11	33,3

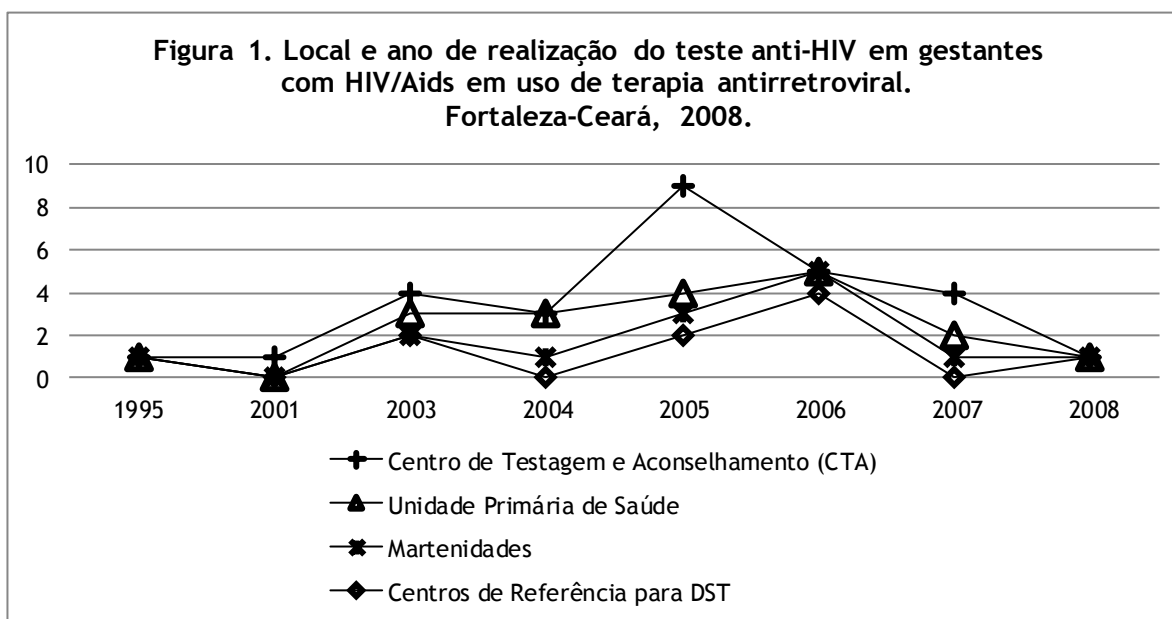
Tabela 3 - Variáveis comportamentais de gestantes com HIV/Aids acompanhadas em serviços públicos. Fortaleza, Ceará, 2008.

Variáveis	Média (DP)	N	%
Situação conjugal			
Sem parceiro		07	14,3
Com parceiro fixo		42	85,7
Número de parceiros sexuais (último ano)			
	1,4 (1,1)		
1		39	79,6
>1		10	20,4
Parceiro usuário de drogas			
Sim		03	6,1
Não		29	59,2
Não sabe		17	34,7

Tabela 4 - Análise da descoberta do diagnóstico, início do pré-natal e do tratamento com antirretrovirais em gestantes com HIV/Aids acompanhadas em serviços públicos. Fortaleza, Ceará, 2008.

Variáveis	Descobriu o diagnóstico				Valor p*
	Antes da gestação atual		Durante a gestação atual		
	n	%	N	%	
Início pré-natal (trimestre)					0,404
Primeiro	11	39,3	05	23,8	
Segundo e terceiro	17	60,7	16	76,2	
Início do tratamento (trimestre)					0,004
Primeiro e segundo	15	93,8	09	42,9	
Terceiro	01	6,3	12	57,1	

*Teste de Qui-Quadrado



DISCUSSÃO

As características sociodemográficas mostraram que no geral as gestantes eram jovens, viviam em união estável, não trabalhavam, tinham baixa renda e baixa escolaridade. Situação semelhante foi encontrada em outros estudos realizados com gestantes com HIV no Brasil ^(10,11). Vale salientar o número de gestantes que são provenientes do interior do estado do Ceará, chamando a atenção para a importância da descentralização e interiorização das ações de atenção às grávidas com HIV/Aids.

As gestantes viviam em condições precárias o que as expõem a situações que exacerbam a vulnerabilidade ao HIV/Aids, entretanto, não significa que fatalmente a população deva ser excluída das ações de prevenção das DST/Aids. Estudo realizado em uma favela do Rio de Janeiro mostrou que embora os problemas estruturais permaneçam, e seja difícil acabar com situações de vulnerabilidade, é possível inserir a prevenção das DST e do HIV na cultura local ⁽¹²⁾.

Observou-se um percentual de 16,3% gestantes na faixa etária de 18 a 19 anos, entretanto, apesar de não ter sido definido como critério de exclusão a

retirada de adolescentes da pesquisa, não foi encontrada nenhuma gestante com idade inferior a 18 anos. É possível que em Fortaleza, as adolescentes grávidas não estejam realizando o teste anti-HIV, a exemplo do que foi encontrado em um estudo que analisou mudanças na realização desse teste no Brasil. Esse estudo mostrou que houve um incremento no número de mulheres testadas em todas as idades analisadas, com exceção das adolescentes na faixa etária entre 16 a 19 anos ⁽¹³⁾.

O Brasil segue as recomendações do Centro de Controle de Doenças (CDC) para a testagem de adolescentes que têm vida sexualmente ativa ⁽¹⁴⁾. A iniciação sexual precoce tem aumentado a prevalência de casos de gravidez na adolescência ⁽¹⁸⁾, e aumentado a incidência de Aids nessa faixa etária ⁽¹⁾, o que justifica a realização de esforços conjugados para garantir o acesso dessa população aos meios de prevenção e aos serviços de saúde o mais precocemente possível.

Apesar do estudo não ter considerado se a gravidez foi planejada, chama atenção o número de múltiparas, evidenciando a necessidade de encarar a realidade da maternidade em mulheres que vivem com HIV/Aids. É possível que muitas dessas gravidezes não tenham sido intencionais, o que

reforça a necessidade da garantia da assistência e acolhimento nos serviços de planejamento familiar.

A maternidade em mulheres que vivem com o HIV é um tema ainda polêmico, entretanto a gravidez, uma vez desejada deve ser respeitada e o pré-natal deve atender as recomendações e estratégias que visam garantir a redução de potenciais riscos de transmissão vertical do vírus ⁽¹⁵⁾. Para tanto, os serviços de saúde devem dispor de equipes multiprofissionais capacitadas visando garantir uma assistência humanizada, qualificada e ética. A prevenção da transmissão vertical do HIV ainda está focada no momento da gestação e do parto, fazendo-se necessário uma visão mais ampliada desse cuidado, expandindo tais ações para as diversas fases da vida da mulher.

A maioria (57,1%) já conhecia o diagnóstico antes da gestação em curso, possivelmente em gravidez anterior, situação que está em conformidade com um estudo realizado com gestantes com HIV no sul do Brasil⁽¹³⁾. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a fase de descoberta do diagnóstico e o início precoce do pré-natal. Independentemente de conhecer o diagnóstico antes da gravidez a maioria das gestantes iniciou o pré-natal no segundo e terceiro trimestres de gestação. Essa evidência pode estar relacionada a falta de motivação das gestantes com HIV para iniciar precocemente o pré-natal⁽¹⁶⁾ ou devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde como mostra estudos realizado sem Salvador⁽¹⁷⁾ e Fortaleza⁽⁸⁾.

A associação entre o período do diagnóstico e o início precoce do tratamento com antirretrovirais, pode ter ocorrido devido ao fato das gestantes já conhecerem o diagnóstico do HIV antes da gestação em curso. Conhecer o diagnóstico antes da gestação pode favorecer às gestantes procurarem diretamente o serviço especializado onde possivelmente já tenham sido acompanhadas em pré-natais anteriores. Além disso, não há necessidade de aguardar o resultado do exame, situação que compromete a descoberta precoce do diagnóstico⁽¹¹⁾ e consequentemente o início do tratamento.

Estudo realizado em Fortaleza com parturientes com infecção pelo HIV mostrou que a adesão a todas as etapas da profilaxia foi maior entre aquelas que já conheciam a soropositividade antes da gravidez⁽⁷⁾. Embora esse estudo não tenha levado em consideração o tempo de utilização dos antirretrovirais, envolvendo inclusive as mulheres

Pregnant women with HIV/Aids followed in public services que foram submetidas ao tratamento somente no momento do parto, conhecer o diagnóstico antes da gestação pode contribuir para a adesão às recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV dos profissionais de saúde por parte da gestante.

A prevenção da transmissão vertical do HIV exige a participação ativa de diferentes serviços em distintos níveis de complexidade. Todos os esforços devem ser desenvolvidos para que a testagem das gestantes para o HIV seja garantida na atenção primária e que o resultado retorne em tempo hábil, situação que pode contribuir consideravelmente para a melhoria da cobertura de testes realizados ⁽¹⁸⁾.

Menos de 30% das gestantes referiram ter recebido o resultado do teste anti-HIV na atenção primária, situação que apresentou um incremento considerável ao longo dos anos. No Brasil a descentralização da testagem de gestantes vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde como uma das estratégias da política de prevenção da transmissão vertical do HIV. É um processo importante, portanto ainda necessita ser revisto na sua operacionalização uma vez que estudo mostrou dificuldades enfrentadas pela atenção primária para sua consolidação⁽⁸⁾.

Uma limitação desse estudo é que incluiu somente gestantes que procuraram os serviços de saúde, ou seja, que apresentavam motivação para procurar os serviços. É possível que outras gestantes tenham sido diagnosticadas com HIV e por algum motivo se recusaram a buscar os serviços, situação evidenciada em um estudo realizado no Rio de Janeiro ⁽¹⁶⁾. Recomendam-se outros estudos que busquem avaliar as gestantes que não procuraram os serviços para realização do pré-natal, considerando que essas efetivamente necessitam de estratégias de captação.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que as mulheres que conheciam o diagnóstico antes da gestação possivelmente aderem melhor ao tratamento com antirretrovirais, alcançando assim, uma taxa de adesão ao tratamento um pouco maior do que o que é observado na literatura. Apesar de um grande número de pacientes apresentarem algum efeito colateral relacionado aos medicamentos, isto parece não ter levado à interrupção do tratamento, visto que, mesmo sentindo esses efeitos, a maioria das pacientes continuava tomando a medicação regularmente. Esta situação pode estar associada ao

fato de estarem grávidas e, portanto, mais sensíveis com o bem-estar e saúde de seus filhos.

Além disso, a adesão encontrada também pode estar associada ao fato de se ter trabalhado apenas com as gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal e muitas já conheciam o seu status sorológico anteriormente a gravidez. Este estudo fornece evidências para instrumentalizar a intervenção dos serviços de saúde na melhoria da adesão de gestantes ao tratamento com os antirretrovirais.

Assim sendo, um atendimento individualizado, considerando cada indivíduo como único, com suas especificidades, poderão contribuir verdadeiramente para o sucesso da terapêutica. Identificar os limites individuais, os enfrentamentos sociais, as barreiras para a adesão, através da escuta ativa, estabelecendo-se vínculos com bom senso, criatividade e competência, podem sensibilizar o indivíduo para minimizar componentes intervenientes negativos e são recursos pertinentes à educação continuada dos indivíduos com HIV/AIDS. Cabe aos profissionais da saúde estabelecer vínculos com a gestante, desenvolvendo estratégias que possibilitem uma melhor adesão à terapêutica com antirretrovirais, levando-as a perceberem a necessidade de seguir o tratamento corretamente.

Vale ressaltar a importância do papel das equipes de saúde da estratégia saúde da família no acompanhamento e monitoramento das mulheres que vivem com HIV, estimulando o encaminhamento para o serviço de planejamento familiar e o início do pré-natal o mais precocemente possível em caso de suspeita de gravidez.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico. Ano VIII - nº 01, 27ª a 52ª Semanas Epidemiológicas - julho a dezembro de 2010 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Brasília: MS; 2011.
2. Grangeiro A, Laurindo da Silva L, Teixeira PR. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária. Rev Salud Pública. 2009; 26(1): 87-94.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para a profilaxia da transmissão materno infantil do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: MS; 2001.

Pregnant women with HIV/Aids followed in public services

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer Maternidades. Brasília: MS; 2003.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita. Brasília: MS; 2007.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 05, de 21/02/06 Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Diário Oficial da União [DOU], 21 Feb 2006 [acesso em 2007 St. 02]. Disponível em: www.aids.gov.br
7. Cavalcante MS, Silveira ACB, Ribeiro MAS, Ramos Júnior AN. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma Maternidade de Referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev. Brasileira Saúde Matern. Infant. 2008; 8 (4): 473-479.
8. Araújo MAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para Gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. Ciência Saúde Coletiva. 2008; 13: 1900-1906.
9. Fonseca MGP, Bastos FO. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. Cad Saúde Pública. 2007; 23 (3): 333- 344.
10. Cardoso AJC, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB, Remien RH. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS. Rev Saúde Pública. 2007; 41 (2): 101-8.
11. Lemos LMD, Gurgel RQ, Rivas JJJ, Souza L. Factors associated with HIV infection among delivered women in Sergipe, Brazil. BMC Research Notes. 2009; 2:156.
12. Edmundo K, Souza CM, Carvalho ML, Paiva V. Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. Rev Saúde Pública. 2007; 41(2): 127-134.
13. França Junior I, Calazans G, Zucchi EM. Grupos de estudos em população, sexualidade e AIDS. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Rev de Saúde Pública. 2008; 42(1): 84-97.
14. Centers for Disease Control and Prevention (USA). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in Health-Care Settings. MMWR 55(RR14); 1-17; 2006.
15. Centers for Disease Control and Prevention (USA). Recommendations to improve preconception health and health care - United States. MMWR 55(RR06); 1-23; 2006.

16. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. Caderno de Saúde Publica, 2010; 26(9): 1788-1796.

17. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. CAD. Saúde pública. 2009; 25(2): 259-268.

18. Ministério da Saúde (BR). Rede interagencial de informações para a Saúde. Cobertura de consultas de pré-natal no Brasil; 2007 [acesso em 2013 Jun 24]
Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2007/f06.def>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013/06/08

Accepted: 2013/06/10

Publishing: 2014/07/01

Corresponding Address

Marilene Alves Oliveira Guanabara

Endereço: Av. Washington Soares nº 1321

Bairro: Edson Queiroz, Fortaleza - CE, 60811-905.

Telefone: (85) 3232.01.50/ 99844802

Email: marilenealvesog@hotmail.com

Instituição: Universidade de Fortaleza - UNIFOR