

FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO DE GESTANTES COM HIV/AIDS À TERAPIA ANTI-RETROVIRAL

The factors that influence adherence of pregnant women with HIV/AIDS to anti-retroviral therapy

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Conhecer as experiências de gestantes com HIV/Aids em relação à adesão à terapia anti-retroviral em dois hospitais públicos de referência para HIV/Aids em Fortaleza-CE, Brasil. **Métodos:** Estudo descritivo, realizado com 24 mulheres grávidas que estavam em acompanhamento pré-natal e em uso da terapia anti-retroviral. Os dados sociodemográficos, obstétricos e informações relativas à experiência com a adesão à terapia antirretroviral foram colhidos nos meses de julho a setembro de 2009, por meio de uma entrevista semiestruturada. **Resultados:** As mulheres tinham média de idade de 29 anos, baixa renda, baixa escolaridade e parceiro fixo. Identificou-se que alguns fatores interferem para que as gestantes façam adesão ao tratamento com antirretrovirais. Dentre estas se destacam a não aceitação do diagnóstico e a ausência de sinais e sintomas de Aids. Entretanto, o medo de transmitir o vírus para o bebê serviu de estímulo para as gestantes aderirem ao tratamento. **Conclusão:** A não aceitação do diagnóstico e a ausência de sinais e sintomas de Aids interferem negativamente para que as gestantes façam adesão ao tratamento antirretroviral. Por outro lado, o medo do filho nascer com o vírus e a vontade de continuar a viver são estímulos para a adesão.

Descritores: Sorodiagnóstico da AIDS; Terapia Combinada; Gestantes.

ABSTRACT

Objective: To learn the experiences of pregnant women with HIV/AIDS in relation to adherence to antiretroviral therapy in two public hospitals of reference for HIV/AIDS in Fortaleza-CE, Brazil. **Methods:** A descriptive study conducted with 24 pregnant women who were in prenatal care and use of antiretroviral therapy. Sociodemographic and obstetric data and information regarding the experience with antiretroviral therapy adherence were collected from July to September 2009, through a semi-structured interview. **Results:** Women had a mean age of 29, low income, low education and a stable partner. It was found that some factors affect pregnant women adherence to antiretroviral therapy. Among these, stand out not accepting the diagnosis and the absence of signs and symptoms of AIDS. However, the fear of transmitting the virus to the baby acted as a stimulus for pregnant women adhere to treatment. **Conclusion:** The non-acceptance of diagnosis and the absence of signs and symptoms of AIDS negatively affect pregnant women adherence to antiretroviral treatment. On the other hand, the fear that the child be born with the virus and the desire to continue to live are stimuli to adherence.

Descriptors: AIDS Serodiagnosis; Combined Modality Therapy; Pregnant Women.

Valéria Lima de Barros^(1,2)
Maria Alix Leite Araújo⁽²⁾
Maria Natália Araújo de
Alcântara⁽²⁾
Marilene Alves Oliveira
Guanabara^(2,3)
Simone Paes de Melo⁽²⁾
Suzyanne da Silva Sobreira
Guedes⁽²⁾

1) Maternidade e Casa de Saúde São José - Picos (PI) - Brasil

2) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

3) Hospital Geral Dr. Cesar Cals de Oliveira - HGCC - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 08/11/2010

Revisado em: 20/06/2011

Aceito em: 01/07/2011

INTRODUÇÃO

Apesar da descoberta de novos medicamentos para doenças crônicas, os profissionais de saúde continuam enfrentando um problema secular, que é a falta de adesão ou suspensão do tratamento por parte dos pacientes. A adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids desponta como um dos maiores desafios a serem superados, considerando que as dificuldades vivenciadas pelos pacientes vão desde problemas com o uso da medicação, até questões relacionadas ao estigma⁽¹⁾, e a má qualidade da assistência⁽²⁾.

O conceito de adesão terapêutica para HIV/Aids varia em relação à definição e aos diferentes métodos de aferição⁽³⁾. Para o Ministério da Saúde, boa adesão significa “tomar corretamente os medicamentos antirretrovirais, seguir as doses corretas e no tempo pré-estabelecido, bem como aderir ao serviço de saúde responsável”. A adesão, portanto, é um processo amplo que ultrapassa a simples questão do uso de medicamentos. Implica em vínculos, comportamentos e interações que vão além do seguimento das prescrições e do “cumprimento de ordens”⁽⁴⁾.

A descoberta do diagnóstico da infecção pelo HIV geralmente provoca um choque nas pessoas e adquire dimensões mais complexas quando ocorre no período gestacional, uma vez que nesse período, faz-se necessário intervenções mais precoces e as gestantes com HIV vivenciam situações que impedem ou retardam a procura pelos serviços de saúde⁽⁵⁾.

A solicitação do teste anti-HIV no pré-natal, bem como a garantia do tratamento antirretroviral de gestantes infectadas e crianças expostas são de extrema importância, pois existe considerável redução na TV do HIV após a disponibilização dos antirretrovirais⁽⁶⁾. O aconselhamento, portanto, deve ser realizado durante todo o processo da gestação para proporcionar apoio emocional e contribuir para que as gestantes possam aceitar prontamente o tratamento.

As gestantes com HIV/Aids parecem enfrentar dificuldades específicas para aderir ao tratamento antirretroviral e essas situações necessitam ser valorizadas pelos profissionais de saúde durante a assistência pré-natal. O período gestacional impõe um tempo restrito e urgente para o uso da terapia e estudo, e mostra que a adesão é mais difícil no início do tratamento⁽¹⁾. Por esse motivo, esse trabalho tem por objetivo conhecer as experiências e os fatores que interferem na adesão à terapia antirretroviral de gestantes com HIV/Aids, visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

MÉTODOS

Estudo descritivo desenvolvido em duas maternidades públicas de referência para assistência pré-natal e ao parto de mulheres com HIV/Aids em Fortaleza-CE. Esses serviços realizam em conjunto cerca de 10 mil partos anuais representando aproximadamente 25% do total do município. Em uma das maternidades a gestante é atendida por uma equipe multiprofissional formada por médicos (obstetra e infectologista), enfermeiro, assistente social e psicóloga, e no outro recebem consultas do obstetra e o acompanhamento clínico do infectologista é feito em um terceiro hospital.

Participaram do estudo 24 mulheres grávidas com diagnóstico de HIV/Aids que se encontravam em acompanhamento pré-natal e em uso da terapia antirretroviral, independentemente do diagnóstico ter ocorrido antes ou durante a gestação. As gestantes foram identificadas por meio das fichas de atendimento, que foram elaboradas especificamente para o atendimento dessas gestantes e são arquivadas no ambulatório de alto risco das duas maternidades.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2009 por duas entrevistadoras previamente treinadas e ocorreu nos dias do atendimento pré-natal de gestantes com HIV. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, que continha perguntas referentes à caracterização sociodemográfica das gestantes e fatores relativos às dificuldades e as possíveis motivações para aderir ao tratamento antirretroviral.

As gestantes foram convidadas a participar do estudo logo após as consultas de pré-natal. Com o objetivo de resguardar a privacidade, a confidencialidade e a veracidade das informações, as entrevistas foram realizadas em local privativo, destinado especialmente para esse fim. Todas foram informadas que o estudo era independente do hospital e que a participação não traria nenhum prejuízo para o seu tratamento e acompanhamento pré-natal. Visando também garantir o anonimato das informações as falas das gestantes foram identificadas por um número de acordo com a ordem das entrevistas.

A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo nas suas etapas: pré-análise, exploração do material produzido nas entrevistas e posterior interpretação. As entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas de forma a permitir a análise do tipo categorial-temática⁽⁷⁾.

Após leitura e análise, reuniu-se um grande número de unidades temáticas, que foram agrupadas por meio do processo de categorização. A interpretação do material

coletado exige a elaboração de categorias analíticas capazes de desvendar as relações essenciais, mas também de categorias empíricas e operacionais que possam captar as contradições do nível empírico em questão, para uma aproximação do objeto⁽⁸⁾.

As unidades temáticas foram reagrupadas em categorias e subcategorias, após processo de aprofundamento na análise dos dados. As categorias foram: Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/Aids a terapia antirretroviral e motivações para aceitação e adesão ao tratamento.

O estudo atendeu às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), sob o parecer nº 22/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Encontrou-se 34 mulheres grávidas com HIV ou com Aids e todas foram convidadas a participar do estudo. Uma gestante não foi incluída por estar iniciando o pré-natal e ainda fazer uso dos antirretrovirais, e nove se recusaram a participar do estudo. Incluiu-se, portanto, 24 gestantes.

As idades variaram de 19 a 39 anos (média de 29 anos) e, no que se refere à escolaridade, as gestantes tinham entre dois e doze anos de estudo. Vinte e uma (87,5%) eram casadas ou viviam uma união consensual e três se declararam solteiras sem companheiro. Quase a totalidade das mulheres do estudo, 21 (87,5%) afirmou morar junto com familiares, especialmente o companheiro e/ou filho(s). As outras três (12,5%), além do companheiro, moravam também com a mãe e sogros.

Em relação à ocupação, doze (50,0%) gestantes eram donas de casa, uma (4,2%) estudante e 11 (45,8%) tinham algum tipo de trabalho remunerado. Quanto à renda familiar, 15 (62,5%) mulheres indicaram renda de até 1,9 salários mínimos vigentes à época (R\$: 465,00). A renda familiar de sete (29,2%) gestantes era de dois a quatro salários mínimos e, para duas (8,3%), de quatro a dez salários mínimos.

A idade gestacional variou de 14 a 38 semanas. Dezenove gestantes (79,2%) já conheciam o diagnóstico do HIV antes da gestação em curso. Doze (50%) eram primigestas e as 12 (50%) restantes já tinham pelo menos um filho, sendo que uma delas era grande múltipara (5 partos). Nove (37,5%) referiram ter tido aborto espontâneo e quatro (16,7%) afirmaram já ter feito uso de drogas (não injetável) em algum momento de suas vidas.

O tempo de uso dos medicamentos antirretrovirais variou de um mês a dez anos. No geral, as mulheres faziam

uso do esquema tríplice e 14 (58,3%) delas confessaram falhas, mas não necessariamente abandono do tratamento.

Como citado anteriormente, após a transcrição das entrevistas e leituras exaustivas dos depoimentos, foram extraídas as categorias e subcategorias, com o objetivo de sintetizar as percepções das gestantes entrevistadas sobre as dificuldades e as motivações para seguirem o tratamento com os antirretrovirais.

Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/Aids a terapia antirretroviral

Não aceitação do diagnóstico de HIV

Evidenciou-se nesse estudo que as mulheres referiram dificuldades em aceitar o diagnóstico de HIV, especialmente quando o mesmo ocorreu durante a gestação, situação que impactou negativamente na adesão ao tratamento. Pesquisa realizada em São Paulo com gestantes HIV+ que não fizeram a profilaxia da transmissão vertical constatou vários motivos que interferem na realização da profilaxia, inclusive a não aceitação do diagnóstico de gravidez. Estar com HIV e receber o diagnóstico de gravidez sem ter planejado retardam a entrada da gestante no pré-natal⁽⁵⁾.

Nesse estudo, as gestantes referiram ter levado um tempo para assimilar o diagnóstico da infecção pelo HIV, que a notícia causou um sofrimento difícil de suportar e que precisaram de tempo para aceitar e compreender a situação. Isso ocorreu inclusive com mulheres que tinham convicção de exposição a situações de risco, como por exemplo, atividade sexual sem o uso do preservativo com parceiros sabidamente HIV positivo. Essa demora em aceitar e assimilar o diagnóstico implicou no atraso pela procura pelo serviço de saúde para início do tratamento:

(...) no começo foi difícil acreditar que eu tinha (HIV) e difícil aceitar o tratamento. Eu fugia do tratamento, passei um mês sem fazer o tratamento, sem querer aceitar que estava doente (G3 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Já sei que tenho HIV há dez anos e tomo a medicação há sete anos. No começo não queria aceitar, aí não queria tomar o remédio. E mesmo assim já passei quase dois anos sem tomar, porque foi muito difícil pra eu aceitar (G6 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Outros estudos encontraram que a negação da doença é uma das estratégias encontradas pelas pessoas para enfrentamento do problema, sugerindo fuga da realidade e adiando a busca por auxílio para a saúde física e emocional⁽⁹⁻¹¹⁾. Ademais, foi possível constatar que,

quando o diagnóstico é informado sem aconselhamento, tal experiência se torna ainda mais difícil:

Foi traumatizante quando eu soube o diagnóstico. Fui ao posto e eles me pediram os exames por causa da gravidez, aí foi lá que eu soube. (...) Fiquei completamente desorientada porque só fizeram me entregar o resultado, não me explicaram nada. (...) foi difícil acreditar e ainda está sendo muito difícil (G8 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Acredita-se que, a forma como se transmite o diagnóstico e o vínculo que se estabelece com a gestante são de grande relevância para a assimilação e posterior adesão das mesmas ao tratamento antirretroviral. Isso demonstra a importância de profissionais capacitados que possam oferecer suporte emocional, situação que não ocorre em unidades primárias de saúde, como mostra um estudo realizado em uma unidade de saúde da família de Fortaleza⁽¹²⁾.

Pode-se perceber nesse grupo de gestantes que a sobrecarga emocional advinda do diagnóstico de HIV pode interferir na aceitação, na forma de lidar com o diagnóstico e na importância dada aos diferentes dispositivos envolvidos no tratamento, dentre eles o uso da medicação. É possível que a comunicação do resultado do teste anti-HIV possa despertar sentimentos de morte iminente e medo do futuro, sendo importante que o profissional valorize o aconselhamento durante todo o processo de pré-natal, considere as diferentes formas de enfrentamento, procure oferecer mensagens positivas e adote uma postura acolhedora.

Ausência de sinais e sintomas e efeitos colaterais dos medicamentos

Foi possível constatar pelas falas das entrevistadas que sentir-se sadia, sem nenhum sinal ou sintoma indicativo de Aids, foi motivo para não aderir ao tratamento. Estudo com pessoas que viviam com HIV que objetivou estudar a incidência de não adesão à terapia antirretroviral encontrou que a baixa percepção sobre a gravidade dos sintomas clínicos explicam o início tardio do tratamento pelos pacientes⁽¹³⁾. Outros estudos apontam também que os efeitos colaterais dos medicamentos são os principais motivos de desistência da terapêutica antirretroviral^(1,14) e que existe associação entre melhora dos sintomas e abandono do tratamento⁽¹⁵⁾.

Nos casos em que o início da terapia antirretroviral tem início quando a pessoa apresenta manifestações clínicas de Aids, pode ser mais fácil o envolvimento do mesmo no tratamento, considerando que esta pode ser uma motivação para recuperar a saúde. É possível que em situações em que

o paciente não apresente manifestações clínicas, possam ser tentadas a suspender a medicação devido aos seus efeitos colaterais.

No começo foi difícil me adaptar, a gente passa por cada coisa... Tinha feridas por todo o corpo que iam e voltavam durante a medicação, crises assim que eu comecei a tomar... passava mal, vontade de vomitar, foi difícil me adaptar (G7 – Diagnosticada antes da gestação atual). Já deixei de tomar porque me senti mal e não aguentei tomar (G1 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Visto que a presença de efeitos colaterais intensos ou indesejáveis constitui um problema da terapêutica antirretroviral, os profissionais de saúde necessitam intervir com um aconselhamento efetivo junto aos indivíduos que fazem uso desses medicamentos, provendo informações e apoio emocional. É preciso deixar claro que a medicação não pode ser suspensa e devem-se identificar estratégias alternativas para minimizar o problema. O tamanho dos comprimidos foi frequentemente apontado pelas mulheres como fator complicador para a adesão ao tratamento, como se percebe nas falas a seguir:

Eu tenho dificuldade pra engolir os remédios (...). Eu passei acho que uns quinze dias sem tomar por causa disso, não conseguia engolir (G4 – Diagnosticada na gestação atual).

No início eu tive muita dificuldade de engolir o comprimido maior, é muito grande, eu engolia com água, vomitava, ficava enganchado, porque era grande demais (G10 – Diagnosticada antes da gestação atual).

(...) acho eles muito grandes [os medicamentos], tenho dificuldade de engolir, toda vida tenho que tomar uns três copos d'água pra poder descer (G12 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Motivações para aceitação e adesão ao tratamento com os antirretrovirais

Nesse estudo foi possível identificar aspectos que motivam as gestantes com HIV a aderirem ao tratamento com os antirretrovirais. Os temores vivenciados, apesar de parecerem contraditórios, podem desempenhar papel motivador da adesão à terapêutica medicamentosa. Faz-se imprescindível que os profissionais de saúde identifiquem essas motivações e utilizem estratégias conjuntas, a partir das vivências pessoais das gestantes para fortalecê-las no enfrentamento de todas as representações sociais de ser mulher e estar com HIV⁽¹⁶⁾, condição que está além do seguimento da terapêutica.

Os medos, em geral inibidores, podem ser também motivadores, conscientes ou inconscientes, da forma como sentimos e, portanto, agimos. Constitui uma reação diante de uma situação de risco efetiva ou potencialmente efetiva e relaciona-se com reações comportamentais de fuga de situações ameaçadoras⁽¹⁷⁾.

Dentre os temores vivenciados pelas gestantes destacou-se o de transmitir o HIV para o bebê e o de não acompanhar o crescimento dos filhos. Praticamente todas as gestantes apontaram o desejo de gerarem filhos saudáveis como a principal motivação para seguir o tratamento:

Eu me preocupo dele nascer com o problema. Eu estou tomando os medicamentos direitinho. Tudo que o médico manda eu faço (G14 – Diagnosticada na gestação atual).

Tomo o remédio porque eu sei que é importante para o bebê e eu não quero que ele nasça com essa doença (G2 – Diagnosticada na gestação atual).

(...) nesses dois meses de tratamento nunca deixei de tomar, sei da importância dele [tratamento] para o meu bebê (G5 – Diagnosticada na gestação atual).

Com base nisso, pode-se entender que, no caso dessas mulheres, a gestação atuou como um processo positivo, auxiliando-as no auto cuidado. Para elas, aceitar a ideia do diagnóstico é tarefa difícil, porém, imaginar a possibilidade de passar o HIV para o bebê é ainda mais penoso:

Estou fazendo pensando no bebê, não quero que ele pegue. Então, não posso parar o tratamento (G22 – Diagnosticada na gestação atual).

A preocupação é grande, porque tenho que fazer o tratamento direito para não passar para o bebê. Porque para nós que já somos adultos, não tem problema, mas ele é só uma criança, é frágil. Não quero que ele tenha que passar o resto da vida fazendo esse tratamento (G24 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Pesquisas têm destacado que as gestantes com HIV/Aids experimentam o medo de que o bebê seja infectado, preocupam-se com o parto e com a saúde da criança^(18,19). Nesse trabalho, a preocupação com a saúde do filho foi algo presente em praticamente todos os depoimentos, o que confirma o achado de outro estudo, que indica que mães com HIV/Aids têm medo que seus filhos sofram preconceito, que adoeçam e que morram⁽¹⁹⁾.

É possível que as mulheres que vivem com HIV/Aids encontrem na maternidade um novo sentido para a vida e o bebê é a motivação principal para seguirem o tratamento com os antirretrovirais. Para essas mulheres, parece estar

presente o sentimento de que ter filhos é uma atividade natural e que favorece entrar em contato com a sua condição feminina, o que as tornam completas e mais felizes⁽¹⁸⁾.

Corroborando todos esses achados, o presente estudo constatou que, em função da maternidade, as gestantes conseguiram ter noção da realidade da sua saúde e se conscientizar da necessidade de se cuidarem em prol de seu próprio bem, assim como daqueles que estavam gerando. Ficou evidente que o fato de serem mães, seja pela primeira vez ou não, as impeliu para a busca da saúde. Para aquelas que não aceitavam a infecção, esse impulso foi determinante na adesão ao tratamento.

Outro ponto importante diz respeito às incertezas quanto à própria saúde e o medo da impossibilidade de exercerem a maternidade. As gestantes revelaram que o medo de não ter saúde suficiente para exercer o papel de mães foi a principal motivação para aderirem ao tratamento. O medo de adoecer é mais um forte motivador para que as mulheres procurem seguir o tratamento, especialmente entre aquelas que já faziam uso da terapia medicamentosa:

Não gosto muito do tratamento, mas faço corretamente, porque prefiro tomar esses remédios do que não tomar e adoecer (G9 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Eu quero tomar, eu tomo e se for preciso tomar mais ainda eu tomo, porque a minha vontade é que evite aumentar cada vez mais a carga viral (G15 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Apresentarem manifestações de Aids, também apareceu como um forte apelo para que essas mulheres seguissem o tratamento, sobretudo entre aquelas que já vivenciaram em um parente próximo o contexto da Aids e suas consequências:

Eu penso no estado dele (marido), eu acho que vou ficar daquele jeito se eu deixar de tomar, ou vou ficar muito pior. Ficar só os ossos. Só de pensar, não vou deixar de tomar não (Gestante se referindo ao internamento e diagnóstico de Aids do marido) (G23 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Aceitei o tratamento porque eu vi o que aconteceu com ele (Gestante cujo primeiro marido faleceu de Aids) (G11 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Os depoimentos mostram que a possibilidade de adoecer e morrer gera sofrimento e diversos outros sentimentos negativos nas gestantes com HIV. Entretanto, essa confrontação não tem sido fonte de abatimento e desestímulo, mas motivação para superação das dificuldades

de adesão à terapia antirretroviral, se traduzindo num forte apelo para que as mesmas sigam o tratamento. Por esse motivo, apoio emocional deve ser ofertado por meio do aconselhamento, às pessoas que vivem com HIV/Aids, especialmente às gestantes, a fim de prover suporte e envolvê-las no autocuidado. Pode-se perceber, nas falas abaixo, que receber o diagnóstico com aconselhamento pré e pós-teste, bem como suporte de um profissional de saúde, facilita a aceitação do diagnóstico:

Depois que eu vim para o hospital eu fui muito bem assistida, isso me tranquilizou mais... (G8 – Diagnosticada antes da gestação atual).

Eu aceitei numa boa, porque quando a gente recebe o resultado, a gente recebe pelas mãos da psicóloga. Já para poder preparar a gente. (G14 – Diagnosticada na gestação atual).

O Ministério da Saúde preconiza que a solicitação e entrega do exame anti-HIV sejam sempre acompanhadas de aconselhamento pré e pós-teste⁽²⁰⁾. Dentre os componentes do aconselhamento, o apoio emocional é de fundamental importância, visto que contribui no enfrentamento das questões que surgem com a descoberta da soropositividade, particularmente o medo da morte, referido por muitas mulheres que aguardam o resultado do teste⁽¹¹⁾.

O aconselhamento, ação central para a prevenção nos programas de Aids, em algumas vezes reduz-se ao mero preenchimento de formulários, à prescrição de condutas e ao repasse exaustivo de informações por parte dos profissionais. Estudo mostrou que a entrega do resultado do exame anti-HIV durante a consulta de pré-natal, juntamente com os demais exames solicitados, ocorrem sem que haja qualquer explicação do significado e sem quaisquer orientações preventivas⁽²¹⁾. Apesar de um estudo realizado com pacientes com HIV/Aids ter mostrado que a transmissão de informação, oral ou escrita, gera conhecimento e as instruções e informações quando transmitidas oralmente, de modo detalhado e numa linguagem adequada, são mais facilmente compreendidas e assimiladas⁽²²⁾, entretanto é inquestionável que as condições que interferem na adesão estão além do simples conhecimento acerca da forma correta de administração dos medicamentos.

Estudo realizado com mulheres de cinco municípios do noroeste do Paraná concluiu que, embora a maioria tenha realizado o teste anti-HIV, apenas 13,6% relataram ter recebido aconselhamento pré-teste⁽²³⁾. A ausência do aconselhamento indica que não foi dada a opção de aceitar ou recusar o teste, nem foi discutida a sua percepção de risco, adoção de práticas seguras, e, caso fossem soropositivas, a importância da quimioprofilaxia e adesão ao tratamento.

O Ministério da Saúde recomenda que a responsabilidade pela adesão ao tratamento antirretroviral seja compartilhada entre a equipe de saúde e o paciente^(24,25). Assim sendo, o abandono do tratamento é um desfecho que pode refletir a qualidade da atenção. A irregularidade no comparecimento às consultas, na retirada dos medicamentos e na realização dos exames de seguimento, bem como a detectabilidade da carga viral seis meses após a introdução da TARV devem alertar o serviço sobre o risco de desmotivação para o tratamento e consequente abandono.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender e valorizar as experiências de gestantes com HIV/Aids em relação à adesão ao tratamento antirretroviral ainda se constitui em um desafio para os serviços de saúde. Os resultados do presente estudo mostram que as gestantes com HIV vivenciam situações de ansiedade, medo e também de esperança e motivação, que se misturam aos tantos outros sentimentos inerentes ao processo de maternidade.

Para que essas gestantes consigam atender às recomendações de saúde de maneira mais eficaz, imprescindível se faz que elas tenham um espaço no qual esses sentimentos possam ser expressos e trabalhados. Tal situação aponta para a necessidade da elaboração de intervenções que auxiliem as mulheres na vivência do processo de maternidade no contexto do HIV. Estas intervenções, ao proporcionarem o alívio da ansiedade, poderão contribuir para a adesão ao tratamento com antirretrovirais, fator primordial para redução dos riscos de transmissão vertical.

A equipe de saúde deve estar atenta para identificar as condições que interferem negativamente e as que motivam as gestantes com HIV a aderir ao tratamento. Assim sendo, é importante conhecer a cultura, crenças, percepções e conflitos, uma vez que somente assim é possível desenvolver estratégias de cuidado adequadas.

No caso da prevenção da transmissão vertical, é indispensável que a gestante seja adepta de todos os procedimentos necessários para diminuir os riscos desta transmissão. Para tanto, a mesma necessita estar conscientizada dos problemas que a não adesão pode provocar.

Identificar os limites individuais, os enfrentamentos sociais, as barreiras para a adesão, através da escuta, 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.

Uma assistência de qualidade pode contribuir para ajudar as mulheres grávidas com HIV a enfrentar tão complicada situação. Deve-se considerar também as situações de vida já difíceis e sofridas vividas por essas mulheres, geralmente cercadas por condições de precárias e combalidos suportes sociais e comunitários, o que pode tornar a situação ainda mais dolorosa. Cabe aos profissionais de 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.

REFERÊNCIAS

1. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41 (Suppl 2):S87-93.
2. Nemes MIB, Castanheira.ERL, Santa Helena ET, Melchior R, Caraciolo JMM, Basso CR, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(2):207-12.
3. Nemes MIB, Helena ETS, Caraciolo JMM., Basso CR. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(3):392-400.
4. Ministério da Saúde (BR), Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. Brasília; 2007.
5. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, de 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. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9): 1788-96.
6. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(Suppl):18-22.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
8. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
9. Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):519-23.
10. Neves L, Gir E. Mães portadoras do HIV/AIDS: percepções acerca da severidade da infecção. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):613-18.
11. Araújo MAL, Queiroz FPA, Melo SP, Silveira CB, Silva RMS. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. *Cienc Cuid Saúde*. 2008; 7(2):216-23.
12. 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. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(6): 1899-906.
13. Fernandes JRM, Acúrcio FA, Campos LN, Guimarães MDC. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6): 1369-80.
14. Seild EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2305.
15. Cortezi MD, Silva V. Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes co-infectados com HIV, em Itajaí, Santa Catarina, 1999 – 2004. *Bol Pneumol Sanit*. 2006;14(3): 145-52.
16. Aguiar JM, Simões-Barbosa RH. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2115-23.
17. Ledoux J. O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
18. Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006;14(3):405-13.
19. Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação Psicol*. 2006;10(2):345-55.
20. Ministério da Saúde (BR), Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis. Brasília; 2006.
21. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl. 2:S240-S50.

-
22. Almeida RFC, Vieira APGF. Influência da informação oral e escrita sobre antirretrovirais no conhecimento de usuários com HIV/AIDS. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010;3(3):251-9.
 23. Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Andrade SM. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008; 8(2):197-205.
 24. Ministério da Saúde (BR), Programa Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV*. Brasília; 2008.
 25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS*. Brasília; 2008.

Endereço para correspondência:

Valéria Lima de Barros
Rua Cel. Francisco Santos, 247
Bairro: Centro
CEP: 64600-000 - Picos - PI - Brasil
E-mail: valeriabarro17@yahoo.com.br