



ORIGINAL ARTICLE

ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT FOR HIV POSITIVE
PREGNANT WOMENADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL POR GESTANTES SOROPOSITIVAS
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS
SEROPOSITIVAS

Paula Saraiva Duailibe Barbosa¹, Loise Dantas Fonseca Ribeiro², Maria Eliane Liégio Matão³, Pedro Humberto Faria Campos⁴, Denismar Borges Miranda⁵

ABSTRACT

Objective: to adherence to antiretroviral therapy by pregnant women living with HIV / AIDS and its determinants advantages and constraints. **Method:** this is about an exploratory descriptive study, from qualitative approach, using socioeconomic data collection questionnaire and open interviews in depth, content analysis to establish the themes. The study was approved by the Ethics in Research of the Mother and Child Hospital (protocol number 023/07). **Results:** the material was sorted and grouped into two themes: "HIV/AIDS: infection dramatically worldwide" and "Pregnancy and Seropositivity: a challenge that is solvable", each divided into subcategories for better understanding and analysis of data. **Conclusions:** the study presents results consistent with the profile of HIV/AIDS in the country with regard to internalization, pauperization and discovery of the diagnosis, confirming the pregnancy period as appropriate to the knowledge of their HIV status. Adherence to treatment in pregnancy is justified by the desire not to transmit the infection to their child. **Descriptors:** HIV seropositivity; psychology social; pregnancy; medication adherence.

RESUMO

Objetivo: conhecer a adesão aos anti-retrovirais (ARV) por gestantes vivendo com HIV/aids, bem como os seus determinantes facilitadores e dificultadores. **Método:** pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, na qual se utilizou para coleta de dados questionário socioeconômico e entrevista aberta em profundidade; análise de conteúdo para estabelecimento de categorias temáticas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil (protocolo número 023/07). **Resultados:** o material foi classificado e agrupado em duas categorias temáticas: "HIV/aids: infecção dramática em todo o mundo" e "Gravidez e Soropositividade: desafio que tem solução", cada uma delas dividida em subcategorias para melhor compreensão e análise dos dados. **Conclusões:** o estudo apresenta resultado compatível com o perfil da infecção pelo HIV/aids no país no que se refere à interiorização, pauperização e descoberta do diagnóstico. O período da gravidez aparece como oportuno para o conhecimento da soropositividade para o HIV. A adesão ao tratamento no curso da gravidez é justificada pelo desejo de não transmitir a infecção ao filho. **Descritores:** soropositividade para HIV; psicologia social; gravidez; adesão à medicação.

RESUMEN

Objetivo: la adhesión a la terapia antirretroviral a las mujeres embarazadas que viven con el VIH/SIDA y sus ventajas y limitaciones determinantes. **Método:** este enfoque cualitativo exploratorio descriptivo, mediante cuestionario de recogida de datos socioeconómicos y entrevistas abiertas en profundidad, análisis de contenido para establecer los temas. El estudio fue aprobado por la Ética en Investigación del Hospital de la Madre y el Niño (número de protocolo 023/07). **Resultados:** el material fue clasificado y agrupado en dos temas: el "VIH/SIDA: la infección por drásticamente en todo el mundo" y el "Embarazo y la Seropositividad: un reto que tiene solución", cada una dividida en subcategorías para una mejor comprensión y análisis de datos. **Conclusiones:** el estudio presenta resultados consistentes con el perfil del VIH/SIDA en el país con respecto a la internalización, la pauperización y el descubrimiento del diagnóstico, lo que confirma el periodo de gestación en su caso al conocimiento de su estado serológico. Adherencia al tratamiento en el embarazo se justifica por el deseo de no transmitir la infección a su hijo. **Descriptores:** seropositividad para VIH; psicología social; embarazo; cumplimiento de la medicación.

¹Enfermeira. Aluna da Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-GO. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: paula_duailibe@hotmail.com; ²Enfermeira Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC Goiás. E-mail: loise_dantas@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestre em Enfermagem, UFMG; Especialista em Obstetrícia, UnB. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: liegio@ih.com.br; ⁴Doutor em Psicologia pela Université de Provence, França. Professor Titular do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: phd2001@terra.com.br; ⁵Enfermeiro. Mestrando em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, UnB. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: denismarmiranda@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

No Brasil, observa-se mudança no perfil epidemiológico das pessoas com HIV/aids, por meio do aumento da prevalência em diferentes segmentos, com destaque de casos entre as mulheres. A consequência dessa ascensão, relaciona-se ao aumento da transmissão vertical (TV). Quando não se conhecia nenhuma intervenção a ser feita, a taxa de TV era de 34,5%. Estudos mostram que na ausência de qualquer medida profilática o percentual da TV varia conforme o período gravídico puerperal vivenciado. Durante a gestação é de 35% e o restante (65%) no peri-parto; a amamentação representa risco acrescido de transmissão na ordem de 7% e 22% por exposição cada mamada.¹ Contudo, com a adoção de medidas preventivas, estes índices se reduzem.²⁻⁵

O Aconselhamento e a testagem voluntária para o HIV, podem ser considerados como um momento de maior oportunidade para uma abordagem inicial de prevenção.⁶ O diagnóstico da infecção pelo HIV feito no período gestacional, apesar de não se configurar como o mais adequado para uma mulher conhecer este status sorológico, tem se apresentado também como oportuno, porque possibilita os melhores resultados relacionados à profilaxia da TV desse vírus.^{1,6}

Estudos indicam que a TV do HIV diminui com a implementação de recursos destinados à redução carga viral materna.⁷ As estratégias adotadas para esta redução incluem a administração de ARV, cesariana eletiva e a substituição do aleitamento materno. No caso do Brasil, mesmo com os avanços alcançados nessa área e apesar dessas intervenções estarem disponíveis para toda a população de gestantes infectadas pelo HIV e seus filhos, ainda existem algumas dificuldades na rede. Neste sentido se destaca, prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV e a garantia de melhor qualidade do pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis.^{1,7-9}

A redução da TV se constitui como política pública prioritária no país^{1,10}, sendo o uso de profilaxia com ARV uma das estratégias adotadas. O sucesso do resultado final, no caso a redução da carga viral e da consequente TV, está diretamente relacionada à adesão ao tratamento por parte da gestante. Diferentes conceitos de adesão podem ser identificados, desde a compreensão mais restrita equivalente à ideia de seguir uma prescrição de modo obediente até aquele que “transcende à simples

ingestão de medicamentos”. Nesta compreensão, se constitui como “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”.¹¹⁻²

Entretanto, apesar do processo de atenção que envolve o atendimento de gestantes soropositivas, inclusive de educação em saúde e esclarecimentos de que a adesão é essencial, predominam dificuldades neste contexto que levam a não-adesão ao tratamento^{7,13}, esta determinante da falha na resposta ao esquema terapêutico adotado.

Segundo estudo realizado no âmbito da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), menos da metade das grávidas (43%) portadoras de HIV/aids usa corretamente os ARV. O índice de adesão é ainda menor entre mulheres não-grávidas e as que acabaram de dar luz. Reafirma-se que este é um dado preocupante, visto que indica possibilidade do aumento das taxas de TV.¹⁴

O foco da baixa adesão centraliza-se, sobretudo, nos efeitos colaterais, na grande quantidade de comprimidos ingerida por dia, no enorme período de jejum, na incompatibilidade entre as drogas e na dificuldade de compreensão dos objetivos da terapia. Há ainda fatores como presença de estados depressivos, variações de humor, reações de ajustamento, medo de enfrentar o diagnóstico e tratamento da doença, receio de preconceito e de discriminação, uso abusivo de álcool, drogas ilícitas e exclusão social extrema.⁷ Todas essas dificuldades no processo terapêutico podem contribuir para a resistência viral às drogas utilizadas.

Um aspecto importante que facilita a adesão ao tratamento de pacientes soropositivos para o HIV, inclusive gestantes, é a simplificação e a adequação do esquema terapêutico à rotina de cada indivíduo. Identificar os limites individuais, os encontros sociais, as barreiras para a adesão e ainda o estabelecimento de vínculos, com atitudes de bom senso, criatividade e competência, o enfermeiro pode sensibilizar aspectos negativos, com destaque aos biopsicossociais.¹⁵

Neste contexto, este estudo objetivou conhecer a adesão aos anti-retrovirais por gestantes vivendo com HIV/aids, bem como os seus determinantes facilitadores e dificultadores.

MÉTODO

Estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil (HMI), situado em Goiânia e considerado referência no estado de Goiás para tratamento de gestantes soropositivas para o HIV (protocolo de aprovação número 023/07).

Participaram gestantes soropositivas para o HIV, todas com idade superior a 18 anos. Não foram critérios de exclusão: classe social, escolaridade, estado civil, paridade ou sorologia do parceiro. Foram observadas as recomendações preconizadas pela Resolução 196/96.¹⁶ Todas as gestantes abordadas concordaram em participar da pesquisa voluntariamente. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário socioeconômico e realização de entrevista aberta em profundidade, norteadas pelo questionamento: “Você considera que utiliza os ARV conforme foi orientada? Por quê?”

Sob consentimento as entrevistas foram gravadas; nenhuma das participantes apresentou alteração emocional que justificasse o encaminhamento para o serviço de atendimento psicológico. Entretanto, algumas expressaram reações como choro, mudança de voz e silêncio. Adotou-se critério de saturação para encerrar a coleta de dados e análise de conteúdo para estabelecimento das categorias temáticas.¹⁷⁻¹⁸

Para garantir o anonimato das entrevistadas, estas foram renomeadas de acordo com a característica marcante observada em cada uma durante a entrevista. Assim, tem-se conforme a ordem de participação de cada uma: Solidão, Tristeza, Tranquilidade, Desorientação, Desespero, Esperança, Medo, Descrença, Preocupação, Emoção, Confusão, Depressão, Conformidade, Angústia e Decepção.

RESULTADOS

• Caracterização socioeconômica

Compuseram este estudo quinze gestantes soropositivas para o HIV, com idade média de 28 anos, sendo 20 e 32, respectivamente a idade mínima e a máxima. A maioria (sete) possui ensino fundamental completo, as demais oscilam entre o ensino médio (cinco) e primeira fase do ensino fundamental (três). Quase todas (catorze) são cristãs, com predomínio da religião católica (nove). A

maior parte (nove) reside em moradia própria. Quase metade mora em bairros de classe média baixa da cidade de Goiânia (sete) e algumas em cidades do interior do estado de Goiás (cinco); pouquíssimas (três) trabalham fora de casa.

A quase totalidade (quatorze) teve relacionamento conjugal anterior por tempo significativo; no momento da entrevista encontravam-se casadas (sete), com companheiro fixo (sete) e uma solteira, que refere relacionamento breve, já interrompido. Acerca da sorologia dos parceiros atuais, a grande maioria (dez) é desconhecida; das conhecidas, algumas (quatro) são negativas e uma soroconcordante.

Em relação ao uso de preservativo, treze das participantes relataram prática sexual desprotegida antes da descoberta da soropositividade. Agora, após esse conhecimento, a maioria destas (oito) continua não fazendo uso da camisinha de modo consistente, mesmo desconhecendo a sorologia do companheiro (sete) ou sabendo da negatividade da mesma (uma).

Do total de participantes, mais da metade (oito) tem filhos, os quais a maior parte deles é de relacionamentos anteriores. No grupo, algumas (quatro) já têm filhos do companheiro atual e menos da metade (seis) está na sua primeira gestação. Muitas (nove) souberam do status sorológico no curso dessa gestação, das quais uma minoria (três) planejou a gravidez; das conhecedoras de sua sorologia (seis), a metade planejou engravidar.

• Análise fenomenológica

Após leitura exaustiva e sucessiva de todo material obtido, incluindo leituras verticais e horizontais, destacam-se os aspectos semelhantes e recorrentes. Assim, os dados estão apresentados em duas principais categorias: a primeira nomeada em “HIV/aids: infecção dramática em todo o mundo” e a segunda, “Gravidez e Soropositividade: desafio que tem solução”, cada uma delas dividida em subcategorias para melhor compreensão e análise dos dados.

• HIV/aids: infecção dramática no mundo

A aproximadamente 25 anos de convivência com a epidemia de aids, a qual se caracteriza como uma das graves doenças do final do século XX. Desde o início, transpõe barreiras e está incluída como infecção

Barbosa PSD, Ribeiro LDF, Matão MEL et al.

dramática em todo mundo, fazendo-se necessário, então, conhecer as condições que a envolvem, bem como as situações emocionais vivenciadas pelo indivíduo portador do HIV, no caso em questão, gestantes.

• Seria este o melhor momento para a descoberta?

O status soropositividade de muitas mulheres pode ficar oculto por muito tempo, seja pela ausência de sintomas, seja por não acreditar que a infecção possa acontecer com elas. Como a maioria das mulheres possui o desejo de ser mãe, a gravidez tem oportunizado às mesmas a descoberta da infecção pelo HIV, conforme as falas a seguir:

[...] Eu nem sabia que tinha isso. No meio dos exames foi feito o teste da mamãe e infelizmente descobriram que sou portadora desse vírus. Descobri tudo isso eu já tava com três meses e não sabia [...] (Depressão)

[...] Eu descobri eu já tava gestante de três meses. Eu fiz o teste da mãezinha aí deu [...] (Tristeza)

Entretanto, situações que causam dúvidas e desconfiança em relação à sorologia, como profissão exercida ou aparecimento de sintomas, acabam levando algumas mulheres a procurarem o serviço de saúde em busca de comprovação ou não de sua soropositividade:

[...] Eu acho que já tinha aids sabe, desconfiava há algum tempo, eu era garota de programa. Sentia muita fraqueza e estava emagrecendo. Então fiz o exame e descobri que tenho o vírus [...] (Esperança)

O conhecimento da soropositividade normalmente desencadeia uma série de reações, resultando inevitavelmente, na maioria das vezes, em alterações emocionais, conjugais, psíquicas e sociais.

• Foi assim que me senti!

Receber o diagnóstico de soropositividade para o HIV causa impacto emocional. No caso das gestantes que integram o estudo, observa-se que:

[...] Nossa, foi muito difícil descobrir isso; nem acredito que aconteceu comigo; eu não quero isso pra mim [...] (Desorientação)

[...] Fiquei numa tristeza; a gente pensa que tá tão longe e quando vê ta dentro de você, bem mais perto do que você imagina e você já pensa logo: vai morrer amanhã! (Preocupação)

Para uma minoria de mulheres, os sentimentos gerados em razão do diagnóstico são de aceitação e conformidade: [...] Os

Adherence to antiretroviral treatment for HIV positive...

primeiros um ano, dois anos ce ainda lembra assim, ce ainda fica assim abalada, mas depois ce vai acostumando, porque você não é a primeira e também talvez não será a última [...] (Tranquilidade)

A aids ainda é vista como uma infecção que carrega consigo uma carga muito grande de discriminação, rejeição e preconceito por parte dos familiares, amigos e da sociedade, por isso a maior parte das mulheres mantém segredo acerca da situação:

[...] Eu nem contei pra ninguém da minha família. Tenho medo sabe, medo deles me rejeitarem, medo de um monte de coisa. Se depender de mim ninguém nunca vai saber. O povo tem preconceito não adianta [...] (Preocupação)

[...] Só meu marido que sabe da minha doença, não tive coragem de contar pra ninguém da família, tenho medo de ser deixada de lado, de ser abandonada [...] (Conformidade)

O preconceito representa uma barreira enorme para as pessoas que vivem com aids e para muitas o futuro passa a ser algo sem expectativas. A possibilidade de viver o estigma e a discriminação acaba levando as pessoas infectadas a optarem pelo segredo de sua real situação sorológica.

• Será que é isso que mereço? Agora, preciso é de apoio!

Diante do impacto da descoberta do vírus HIV, a quase totalidade das mulheres vê no marido ou companheiro um símbolo de proteção, apoio, amparo, porto seguro, alicerce, porém na maioria das vezes a resposta é bem diferente, havendo na verdade rejeição, descaso e negação da doença:

[...] Meu marido desde que eu descobri a doença ele mudou muito dentro de casa sabe! E ele fala que dele é que não foi que eu peguei isso, aí fico sem saber, porque me preocupo, porque não sei de onde veio essa doença [...] (Angústia)

[...] O meu marido nunca aceitou, não aceita isso de jeito nenhum; ele também não fez exame, e nem vai fazer. Tipo assim: ele coloca a mão dele no fogo por ele né! E depois disso praticamente a gente só mora na mesma casa, porque convívio sexual nenhum [...] (Tristeza)

• Gravidez e Soropositividade: desafio que tem solução

A incidência do HIV entre mulheres vem aumentando significativamente nos últimos anos. Conforme o Ministério da Saúde⁶ foram notificados, de 2000 até junho de 2009,

Barbosa PSD, Ribeiro LDF, Matão MEL et al.

47.705 casos de gestantes HIV positivo no país, o que reflete consequentemente, no aumento da preocupação com relação à TV. Em contrapartida, existem medicamentos que revolucionaram o tratamento, os ARV, que podem reduzir para 1% a transmissão por essa via de exposição. Daí, a importância do diagnóstico precoce do HIV em gestantes, ou seja, para o início do tratamento profilático.

• Só quero que meu filho venha com saúde!

O conhecimento da soropositividade no curso da gestação trás para a mulher, como consequência primordial, a preocupação e o medo de que haja TV, como mostram os trechos a seguir:

[...] Só quero que meu filho venha sadio e que eu possa construir uma família sabe. Não quero passar o vírus pra ninguém, é muito triste [...] (Esperança)

[...] Comigo mesmo eu nem me preocupo, só me preocupo com ele mesmo [o bebê]; não quero que nada de mal aconteça com minha filha [...] (Medo)

A totalidade das gestantes revela preocupação e medo de transmitir o vírus para seu filho, este o motivo principal de adesão ao tratamento.

• Adesão: esperança única!

A gravidez com possibilidade de TV é o fator relevante que motiva a imensa maioria dessas gestantes à profilaxia com ARV: *[...] A única coisa que me fez parar e pensar: não, eu vou tomar o remédio, foi o neném. Então eu só tô tomando mesmo os remédios por causa do neném, só por isso [...]* (Tristeza) e *[...] Tomo por causa da gestação, porque é para evitar, pra não passar pro bebê né? (Desespero)*

Para as gestantes com conhecimento prévio da soropositividade, a gravidez é também o principal motivo para a adesão, já que a quase totalidade delas não fazia uso de ARV antes da gestação:

[...] Nunca usei nada durante seis anos. Só agora por causa da gravidez, é por causa da gravidez, tipo eu não precisava tomar, a minha carga viral é alta [quis dizer é baixa], nunca teve necessidade de tomar [...] (Conformidade)

Como visto o desejo por evitar a TV é a motivação principal para adesão ao tratamento, tanto para mulheres com conhecimento prévio da soropositividade como para as conhecedoras no curso da gravidez.

Adherence to antiretroviral treatment for HIV positive...

• Digo sim ao tratamento!

O conhecimento da soropositividade para o HIV e o sentimento de proteção ao bebê, tem levado a totalidade das gestantes ao uso dos ARV, conforme a seguir:

[...] Sim, eu tomo certinho sim. Tomo no horário certo e não esqueço de tomar nenhum dia. A médica passou que eu tenho que tomar três vezes por dia, de oito em oito horas [...] (Emoção)

[...] Eu acho que sim né! Eu não esqueço de tomar nenhum dia. Todos os dias eu tomo na hora certinha, não deixo passar nem um minuto, vivo pra isso nos últimos meses [...] (Decepção)

Algumas mulheres, apesar de aderirem ao tratamento, revelam esquecimento ou atraso:

[...] Ai... Mais ou menos, porque às vezes eu esqueço sabe. Sei que tenho que ser mais certinha, sei da importância dos remédios pro meu bebê [...] (Confusão)

A adesão aos ARV é de suma importância para a maioria das gestantes soropositivas para o HIV, pois representa alternativa única para a prevenção da TV, esta a maior preocupação percebida no estudo.

• Como se não bastasse, ainda tem isso para superar!

Algumas mulheres revelam, ainda, queixas em relação aos ARV:

[...] Comecei a tomar normal, mas depois comecei a vomitar e me sentir muito enjoada e quando olho aqueles comprimido, tenho vontade de jogar fora porque é muito grande [...] (Solidão) e *[...] Eu sinto muita dor de estômago, fraqueza e tontura [...]* (Medo).

Percebem-se, também, queixas em relação às especificidades que envolvem o tratamento:

[...] Eu não sinto nada, nadinha. O que eu acho ruim às vezes é que o remédio é muito grande, difícil de engolir. Aí dá um trem ruim só de olhar [...] (Descrença)

[...] Não vou dizer que é bom né! O que acho ruim mesmo é ter que levantar a noite pra tomar, porque eu acordo e não durmo mais direito [...] (Decepção)

Apesar de a maioria das gestantes relatar queixas em relação aos ARV, percebe-se que a saúde do bebê está sempre em primeiro lugar, ocasionando, consequentemente, total adesão ao tratamento pelas participantes.

DISCUSSÃO

Dados demonstram que até 2008 um total de 33,4 milhões de pessoas viviam com

Barbosa PSD, Ribeiro LDF, Matão MEL et al.

HIV/aids no mundo. Continua importante a participação das mulheres, cerca de 15,7 milhões, com destaque para o grupo em idade reprodutiva.¹⁹ No Brasil, 54,3% do total de casos notificados de gestantes compreende a faixa etária de 20 a 29 anos.⁶ Em conformidade com o exposto, a idade das gestantes entrevistadas variou entre 20 e 32 anos.

Entre as mulheres vulneráveis à epidemia, estão aquelas que residem em municípios localizados no interior do país, favelas ou ainda em bolsões de pobreza humana.⁶ A aids revela um perfil de baixo nível educacional entre as infectadas, indicando indiretamente a sua pauperização²⁰, o que corroboram com os dados deste estudo.

O cristianismo reúne mundialmente cerca de um terço da humanidade. As pessoas que se declararam católicas apostólicas romanas representavam, em 2000, mais 70% da população total, refletindo sua predominância no Brasil. O segundo maior percentual corresponde aos evangélicos, cerca de 15%.²¹ O mesmo se repete com os dados encontrados nesta pesquisa.

Em relação à profissão, observa-se que a grande maioria das gestantes não trabalha fora de casa, fato que vai de encontro com o padrão nacional. Apesar da diversidade e aumento do mercado de trabalho, muitas mulheres ainda ficam restrita aos afazeres domésticos.²²

Das entrevistadas, a quase totalidade das gestantes é casada ou possui companheiro fixo. A convivência prolongada com o parceiro pode conduzir a mulher a acreditar que está imune à infecção pelo HIV. A confiança no companheiro não leva em consideração a vida extraconjugal dele, por isso a situação de casadas deixa as mulheres mais vulneráveis à contaminação.²

É recomendada a realização de teste anti-HIV na primeira consulta de pré-natal, bem como sua repetição no terceiro trimestre de gestação. Por essa razão, a gravidez tem viabilizado a descoberta da soropositividade até então oculta.¹ Os dados deste estudo convergem com esta afirmação, pois a maioria das mulheres entrevistadas soube de seu status sorológico (soropositividade) no curso da gestação.

Dos indivíduos sexualmente ativos, aproximadamente 76% não utilizam o preservativo nas suas relações sexuais. A proporção de uso do preservativo é bem maior nas relações eventuais se comparada com parceiros fixos.¹³ O fato de se saber

Adherence to antiretroviral treatment for HIV positive...

portador do HIV não implica, necessariamente, no uso do preservativo em todas as relações sexuais, independente da sorologia do parceiro.²³ Percebe-se similaridade de fatos, pois antes do conhecimento da soropositividade a maioria das participantes não mantinha relação sexual segura e após a descoberta da infecção, permanece não fazendo uso do preservativo de forma consistente, mesmo nos casos em que o parceiro é sorodiscordante ou de sorologia desconhecida.

Descobrir-se portador do HIV é uma experiência crítica para a grande maioria dos infectados. No âmbito emocional, o diagnóstico pode gerar muitos e diferentes sentimentos e comportamentos, desde negação, medo e ansiedade, até isolamento, sensação de vazio e de não saber o que fazer. Em contrapartida, algumas revelam aceitação, outras mais que isso, uma maneira diferente e parece que mais segura de encarar a doença.² As reações observadas pelos sujeitos deste estudo frente a descoberta de sua sorologia coincidem com a literatura, exceto no que se refere àquele que favorece o enfretamento do agravo mais prontamente, já que muitas delas apresentaram alguma alteração emocional compatível com o que é percebido como negativa ou de desconforto e uma minoria se mostrou conformada com o diagnóstico.

O conhecimento da soropositividade, conforme referido em vários estudos, geralmente traz o pensamento de morte iminente.²⁴ Fato discordante observado neste estudo, uma vez que as entrevistadas demonstraram vontade de viver e acompanhar o crescimento do filho, o que pode indicar percepção dos avanços terapêuticos na prevenção de TV e das doenças oportunistas, bem como melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids.

Estudos realizados no Brasil revelam divergências em relação à manutenção do segredo por parte dos infectados pelo HIV/aids. Parte das pessoas infectadas opta por manter segredo de sua soropositividade à sociedade, mas a revelam para um ou alguns membros da família. Outras, preferem esconder a real situação tanto da família quanto da sociedade, por medo de discriminação e preconceito.² Neste estudo, grande parte dos sujeitos mantém segredo de sua sorologia positiva perante a família e a sociedade. O segredo é uma forma de enfrentamento bastante utilizada pelos

Barbosa PSD, Ribeiro LDF, Matão MEL et al.

indivíduos soropositivos como estratégia para conviver em sociedade, frente à carga de estigma que a infecção ainda detém.²⁵

Pesquisas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids reforçam as reações do marido frente à soropositividade da mulher, as quais variam, em alguns casos, da aceitação e apoio à companheira até rejeição ou abandono, o que ocorre na maioria das vezes.²⁶ Essas reações também foram percebidas nesse estudo, uma vez que na grande maioria dos casos foram relatadas crises conjugais e rejeição do marido diante da soropositividade da companheira; poucos aceitaram o diagnóstico e apoiaram a mulher.

A vivência da gravidez reforçando a concepção idealizada de maternidade, geralmente é muito mais valorizada que a soropositividade. O filho assume importância maior que a própria infecção.²⁷⁻²⁸ Corroboram com estes dados as falas das entrevistadas, visto que a totalidade delas, independente se o conhecimento da infecção foi prévio ou no curso da gestação, demonstrou que o filho é o foco principal nesse momento. Pode-se atribuir esse fator como contribuinte, ou até determinante para a superação da fase de negação da doença, especialmente para aquelas que tiveram conhecimento da infecção no curso da gravidez.

A gravidez em meio ao HIV é vista como uma ameaça que acarreta riscos ao bebê e a própria mulher. Em contrapartida, a gestação tem representado fonte significativa e primordial de motivação para a adesão das mulheres à profilaxia da TV, sendo o medo de passar a infecção ao bebê o fator de maior preocupação.²⁹ Percebe-se claramente pelas falas das gestantes que compõem este estudo, que a gravidez com consequente possibilidade de TV constitui principal motivação à adesão aos ARV, havendo, portanto similaridade de dados. A adesão pode ser evidenciada, ainda, pelo fato da maioria das gestantes conhecedoras de sua soropositividade antes da gestação não fazer uso dos ARV e que no curso da mesma aderiu ao tratamento.

Em relação à adesão a terapêutica medicamentosa ARV, percebe-se que a maioria das gestantes da pesquisa relata fazer corretamente o tratamento com ARV. Acerca disso, há resultados similares obtidos em outros estudos³⁰, assim como divergentes¹⁴, estes explicados por diferentes razões, dentre elas, período de realização, região geográfica, dados socioculturais dos participantes, dentre outras.

Adherence to antiretroviral treatment for HIV positive...

As principais queixas em relação ao tratamento com ARV centralizam-se no medicamento, sobretudo, nos efeitos colaterais, na grande quantidade de comprimidos ingerida por dia, na rigidez de horários e no período de jejum a ser observado e na dificuldade de compreensão dos objetivos da terapia. Existem ainda, os fatores subjetivos, como depressão, medo de enfrentar o diagnóstico e tratamento da doença, receio de preconceito, entre outros.⁵ A maioria das mulheres entrevistadas revelou queixas em relação ao uso dos medicamentos, sendo as principais, os efeitos colaterais, o horário de ingestão (madrugada) e o tamanho do comprimido, referido por elas como muito grande.

No contexto geral, no âmbito desse estudo, pode-se afirmar que existe adesão aos ARV, apesar das dificuldades relacionadas. Essa prática é justificada por ser a única alternativa de minimizar o risco da TV, o qual se configura como a principal preocupação materna, assim como refere outros autores.³⁰⁻³¹

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer um pouco mais acerca do elemento adesão aos ARV frente à soropositividade na gravidez, assunto de relevância significativa para o sucesso terapêutico da TV.

Reafirma o perfil das mulheres mais vulneráveis à infecção, qual seja, aquelas com baixos níveis de escolaridade e classe social, residentes em periferias da região metropolitana ou no interior do estado, o que aponta para o empobrecimento e interiorização das mulheres acometidas pela infecção.

Confirma que a gravidez tem oportunizado, para muitas mulheres, o conhecimento da soropositividade para o HIV, e que apesar das alterações emocionais e psicológicas trazidas pelo diagnóstico, a gravidez e a maternidade se sobrepõem à infecção.

Apesar dos avanços adquiridos no âmbito da epidemia HIV/aids, esta continua relacionada com preconceito e discriminação social. Tal realidade leva a maioria das infectadas em manter segredo de sua real situação, possivelmente devido às barreiras que teriam que enfrentar. Além do preconceito da sociedade, as mulheres entrevistadas, em sua maioria, ainda têm que superar a rejeição e negação do marido frente a sua soropositividade.

Barbosa PSD, Ribeiro LDF, Matão MEL et al.

Identifica-se, também, que depois do conhecimento de sua sorologia positiva, a quase totalidade das mulheres continua não fazendo uso do preservativo de forma consistente nas relações sexuais, mesmo sendo desconhecida a sorologia da maioria dos parceiros.

Outro aspecto percebido, é que existem dificuldades em relação ao tratamento com ARV, com destaque para o horário, tamanho dos comprimidos e efeitos colaterais. Porém, apesar dessas queixas, a gravidez com possibilidade de TV é a preocupação primordial neste momento, constituindo assim, principal motivação à adesão ao tratamento. Ressalta-se que as mulheres já conhecedoras de sua soropositividade para o HIV, não faziam uso de ARV antes da gestação, e que após a mesma, iniciaram então o esquema terapêutico, destacando a gravidez como promotora de tal mudança. As falas de algumas mulheres deixam clara a não continuidade do tratamento após o nascimento do filho. Não há diferença de adesão entre as gestantes com conhecimento prévio de sua soropositividade e aquelas que descobrem durante a gestação, visto que a preocupação em passar o vírus para o bebê é evidente nos dois casos, sendo este o principal elemento de adesão ao tratamento.

Além de um eficiente pré-natal e precoce diagnóstico da infecção pelo HIV/aids, há necessidade de profissionais de saúde qualificados para aconselhamento e esclarecimento acerca da infecção. Destaca-se também, a sensibilização das gestantes sobre a importância da adesão ao tratamento com ARV para evitar possível TV e, ainda, enfatizar quanto à continuidade do esquema terapêutico após a gestação, caso seja necessário.

Contudo, há necessidade de novos estudos que complementem o conhecimento já existente na atualidade sobre adesão a ARV por gestantes soropositivas para o HIV. Certamente, contribuirão para intervenções terapêuticas mais eficazes e factíveis, com melhores resultados relacionados ao controle da infecção materna e da profilaxia da TV desse vírus.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Adherence to antiretroviral treatment for HIV positive...

2. Carvalho CML, Martins LFA, Galvão MTG. Sentimentos de Mulheres portadoras de HIV/aids diante da percepção da infecção. *Revista Nursing*. 2006;8(100):1010-015.

3. Duarte G, Beitune PE, Quintna SM. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em gestantes e puérperas. In: Passor MRL. Doenças sexualmente transmissíveis. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica; 2005. p.323-35.

4. Friedland GH, Klein RS. Transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med*. 1987 Oct 29;317(18):1125-1135.

5. Maldonato YA, Petru A. Diagnosis of pediatric HIV disease. In: Cohen PT, Sande MA, Volberding P, editores. The AIDS knowledge base. 2ª ed. Boston: Little, Brown and Company; 1994.

6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDS, Ano VI, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Passos MRL. Deessentologia, DST. 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.

8. Foster CJ, Lyall EGH. HIV in pregnancy: evolution of clinical practice in the UK. *Int J STD AIDS*. 2006;17:660-7.

9. Warszawski J, Tubiana R, Le CJ, Blanche S, Teglas JP, Dollfus C, et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*. 2008;22(2):289-99.

10. Amaral, JS. Avaliação da taxa de Transmissão Vertical do HIV e impacto do uso das medidas profiláticas [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.

11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília; 2007.

12. Ministério da Saúde (Brasil), 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.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual para Profissionais de Saúde. Brasília; 2005.

14. Vaz MJR. Aderência ao tratamento com drogas anti-retrovirais entre mulheres grávidas e não-grávidas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana [tese]. São

Barbosa PSD, Ribeiro LDF, Matão MEL et al.

Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Doutorado em Enfermagem; 2003.

15. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior Paulista. Rev latinoam enferm [periódico na Internet]. 2005 Set/Out[acesso em 2010 Jun 25];13(5):634-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a05.pdf>

16. Ministério da Saúde (Brasil), Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.

17. Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001.

18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.

19. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la epidemia de sida.[acesso em 2010 Jun 26]. 2009:1-100. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/un aids/2009/9789291738342_spa.pdf

20. Coelho ICB, Neto RJP. AIDS. In: Dessentologia, DST. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.

21. Ministério do planejamento, orçamento e gestão (Brasil), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População em 2000. Brasília [acesso em 2007 Nov 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_culturais/2005/default.shtm.

22. Baptista SMS. Maternidade e Profissão: Oportunidades de Desenvolvimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1995.

23. Silveira MF, Santos I. Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. Rev saúde pública. 2005;39(2):296-304.

24. Pereira MLD. Ser mãe e estar com aids: o revivescimento do pecado original [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.

25. Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Coimbra AR, Stoffels A. Segredo: estratégia de soropositivos para o HIV na superação do preconceito. Rev Enferm UFPE OnLine [periódico na internet]. 2010 Jan/Mar[acesso em 2010 Jun 29];4(1):281-90. Disponível em:

Adherence to antiretroviral treatment for HIV positive...

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/774/471>

26. Almeida MRCB, Labronici LMa. The silent itinerary of people with HIV told through oral history. Ciênc saúde coletiva. 2007;12(1):263-74.

27. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV [tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.

28. Barbosa RHS. Mulheres, Reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde da gestante HIV positivo [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2001.

29. Feracin JCF. Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram a gravidez e a soropositividade ao vírus HIV [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médica; 2002.

30. Cavalcante MS, Silveira ACB, Ribeiro AMS, Ramos Junior 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 bras saúde matern infant. 2008;8(4):473-9.

31. Nascimento EF, Batista AOC, Souza BF, Bona CN. Gestantes infectadas pelo HIV: adesão ao tratamento antirretroviral. In: São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo. VII Inventário de Pesquisas em DST e Aids. São Paulo; 2008. 49-52p.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2010/05/26
Last received: 2010/06/30
Accepted: 2010/07/01
Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Denismar Borges de Miranda
Av. Octávio Mangabeira, 3551, Ap. 509, Bahia
Suíte Residence
CEP: 41750-240 – Salvador, Bahia, Brasil