

CAROLINA PIMENTEL BATITUCCI

Maternidade de mulheres vivendo com HIV e sua relação com o tratamento antirretroviral: estudo de revisão sistemática

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Programa de: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Machin
Barbosa

São Paulo
2022

CAROLINA PIMENTEL BATITUCCI

Maternidade de mulheres vivendo com HIV e sua relação com o tratamento antirretroviral: estudo de revisão sistemática

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Programa de: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Machin
Barbosa

São Paulo
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Batitucci, Carolina Pimentel
Maternidade de mulheres vivendo com HIV e sua
relação com o tratamento antirretroviral : estudo de
revisão sistemática / Carolina Pimentel Batitucci. -
- São Paulo, 2022.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Rosana Machin Barbosa.

Descritores: 1.Antirretrovirais 2.HIV 3.Gravidéz
4.Parto 5.Período pós-parto 6.Comportamento
reprodutivo

USP/FM/DBD-461/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: Carolina Pimentel Batitucci

Título: Maternidade de mulheres vivendo com HIV e sua relação com o tratamento antirretroviral: estudo de revisão sistemática

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para Obtenção de título de Mestre em Ciências.

Banca Examinadora

A banca examinadora de dissertação, em sessão pública realizada em _____, ___ / ___ / _____ considerou:

1) Examinador

Profª Drª Cristiane Gonçalves
Universidade

2) Examinador

Profª Drª Douglas Mendosa
Universidade

3) Presidente

Profª. Drª. Olinda do Carmo Luiz
Universidade

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Maria Do Carmo e Guilherme, pelo amor e apoio incondicional. Obrigada por serem meus maiores incentivadores e por proporcionarem o privilégio de poder me dedicar aos estudos e trabalho com aquilo que gosto.

Agradeço à minha irmã Isabela pelo companheirismo e papel fundamental na construção de quem sou. Agradeço a todos os familiares, que torcem e vibram pelas minhas pequenas e grandes vitórias. E também àquelas que não puderam estar aqui, mas que de certo estariam felizes com essa conquista: minhas avós Horbella e Iris e minha tia Eliane. Agradeço à minha prima Clara, que se colocou disponível para ler meu trabalho e compartilhou a experiência do mestrado junto comigo.

Agradeço à minha orientadora, Rosana Machin Barbosa, pela paciência e atenção na leitura do meu trabalho, e também pelo estímulo no enfrentamento às dificuldades, seja nas mudanças ocasionadas pela pandemia de covid-19, nos momentos de bloqueio de escrita ou nas inseguranças pessoais e com apresentação nos Seminários de Projetos em Saúde Coletiva.

Agradeço a Elda pelo suporte na elaboração da revisão e correções necessárias. Também agradeço às bibliotecárias Erinalva e Isabel, pelas ajudas na busca por descritores e pelo atendimento sempre solícito e resolutivo. Agradeço aos professores de inglês, Henrique, Maria Luisa e Carolina, pelos ensinamentos e ajudas com a prova de proficiência, na leitura de artigos e tradução do resumo dessa dissertação, respectivamente. Ao Guilherme, pela revisão e correção deste documento.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para minha formação acadêmica e atuação profissional. Aos amigos que fiz na UFES, Nathalia, Luana, Brenda, Caroline, Camila, Samanta e Lucas, que sempre me incentivaram desde os primeiros anseios de mudar para São Paulo e seguir os estudos na área da saúde, focando em aspectos da sexualidade e gênero. Aos amigos de trabalho, Wilson, Juliana, Kelly, Natália, Fernanda, Fabio, Nubia, Nayara, Jamila, Márcia, Lucas, Marcela e Sheila que enfrentam coletivamente os desafios do cuidado às pessoas vivendo com HIV e outras IST. À amiga Samara, que iniciou comigo essa jornada no Serviço de Extensão de Pacientes com HIV/aids do Hospital das Clínicas, que me apoiou na ideia de seguir estudando e iniciar o mestrado. Aos amigos João, Eduardo e Isa que encontrei nesse caminho até aqui, por compartilhar experiências.

Agradeço à minha namorada, Bianca, por seu espírito alegre, que ajuda a trazer clareza sobre minhas capacidades e confiança no meu sucesso. Agradeço às amigas Danubia, Maria Clara, Julia, Patricia, Carol Maria e Evelyn, pelo carinho e conversas que tornaram mais leves todos esses anos de estudo.

Por fim, agradeço à escuta do meu psicólogo, Mário, e pelas palavras sempre potentes. Aos amigos do Coletivo Fios, Adriane, Mércio, Simone e Thais, pelas apostas em uma psicologia acessível e atenta às impossibilidades de sua separação de aspectos políticos, econômicos e sociais. Por fim, agradeço aos pacientes, que confiam.

Batitucci CP. Maternidade de mulheres vivendo com HIV e sua relação com o tratamento antirretroviral: estudo de revisão sistemática [dissertação]. São Paulo: Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2022

RESUMO

Introdução: O HIV é o vírus causador da aids, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doença identificada na década de 1980. Os inúmeros avanços técnicos e científicos na área da saúde permitiram que o prognóstico de infectados pelo vírus se transformasse, do adoecimento rápido e inevitável para a expectativa de vida semelhante à de pessoas que vivem sem o vírus. Parte desses progressos são resultado do surgimento e aprimoramento da Terapia Antirretroviral (TARV), tecnologia medicamentosa que pode agir individualmente (monoterapia) ou em combinação de fármacos (terapia dupla, tripla, entre outras) e que permitiu reduções nas taxas de carga viral em pessoas vivendo com HIV a níveis indetectáveis, quebrando cadeias de transmissão. Atualmente, embora a proporção estimada de mulheres vivendo com HIV/aids ainda seja menor que a de homens, elas apresentam menores percentuais de diagnóstico, vinculação e retenção aos serviços, adesão à TARV e supressão da carga viral. Nesse sentido, torna-se imprescindível a maior investigação de demandas relacionadas a essa população e, entre elas, a questão da maternidade. **Objetivos:** Investigar a maternidade de mulheres vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral (TARV), e como objetivos específicos: 1. Explorar aspectos da prevenção à Transmissão Vertical durante período gestacional, parto e pós-parto pela perspectiva das mulheres que vivem com HIV, 2. Investigar aceitabilidade, adesão, retenção e decisões relacionadas à TARV entre mulheres gestantes e puérperas que vivem com HIV, comparando estratégias usadas por essas mulheres e por profissionais de saúde que prestem assistência à elas, e 3. Identificar barreiras e facilitadores no cuidado à saúde de casais e/ou mulheres que vivem com HIV e que decidam ter filhos biológicos. **Metodologia:** Investigar a literatura, sistematizar o conhecimento e produzir novas interpretações sobre o fenômeno, a partir de uma Revisão Sistemática Mista. A busca por descritores nas bases de dados *Pubmed*, *Embase*, *Lilacs*, *CINAHL*, *Web of Science* e *Scopus* identificou 1429 artigos, que após seleção minuciosa gerou 14 artigos incluídos para análise. Foram critérios de elegibilidade: 1. Possuir recorte populacional de mulheres vivendo com HIV em TARV e/ou profissionais da rede de assistência à saúde dessas mulheres 2. Ter como fenômeno de interesse a investigação e/ou intervenção sobre relações existentes entre maternidade e uso de TARV, a partir de metodologias qualitativas ou mistas. **Resultados:** As principais metodologias utilizadas para coleta de dados foram entrevistas em profundidade e discussões em grupos focais. Foram evidentes aspectos geográficos, tanto relacionados ao território onde estavam situados os participantes quanto os pesquisadores e instituições apoiadoras das pesquisas. A maioria dos artigos investigaram regiões do continente africano, que apresentavam escassez de recursos na saúde e altas taxas de prevalência para HIV na população geral, entre gestantes e entre crianças. As participantes, em sua maioria, apresentavam dificuldade de adesão à TARV e estavam em período pós-parto quando na vigência do estudo. **Considerações finais:** As temáticas centrais de investigação dos estudos foram: Relação com o tratamento; Decisão de engravidar; Práticas em serviços de saúde e Relação com o filho. Entre fatores individuais, sociais e assistenciais levantados para adesão chama atenção os relatos sobre efeitos colaterais adversos, as percepções sobre benefícios do medicamento para saúde, amamentação, jejum e insegurança alimentar, estigma, apoio familiar e de parceiros, e realização de aconselhamento específico sobre adesão aos antirretrovirais.

Palavras-chave: Antirretrovirais, HIV, Gravidez, Parto, Período Pós-parto, Comportamento Reprodutivo

Batitucci CP. Maternity of women living with HIV and its relationship with antiretrovirals: systematic review study [thesis]. São Paulo: Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of São Paulo, 2022

ABSTRACT

Introduction: HIV is the virus which causes Acquired Immunodeficiency Syndrome, also known as AIDS. This disease was first recognized in the 80's. Since then, there have been vast technical and scientific advances in the health area which enabled positive changes concerning the prognostic for those infected by the virus. It went from a rapid and inevitable infection to a life expectancy now similar to those who never contracted the virus. Part of this progress is the result of Antiretroviral Therapy (ART). This medicinal technology can act individually (monotherapy) or combined with other drugs (double and triple therapy among others). Such therapy resulted in plunging viral load rates for people living with HIV which can now have undetectable levels and hence break the transmission chains. Although the estimated proportion of women living with HIV/aids is still higher, they also have a lower percentage of diagnosis, service participation and retention, access to ART and viral load suppression when compared to men. Thus, a larger investigation on the demands of this part of the population becomes paramount, especially in terms of maternity needs. **Aims:** To investigate the maternity of women living with HIV who use antiretroviral therapy (ART). Specific aims: 1. To explore the aspects of Vertical Transmission prevention during gestation period, labor and postpartum given the perspective of women who live with HIV, 2. To investigate the acceptance, access, retention and the decisions related to ART among pregnant and puerperal women who live with HIV. In order to do so, the strategies adopted by these women and by health care professionals who provide assistance are compared, 3. To identify barriers and facilitators regarding the health care of couples and/or women who live with HIV and who decide to have children. **Method:** Investigating literature, systematizing the knowledge and providing new interpretations on the phenomena by doing Mixed-Methods Systematic Review. The search for descriptors in the Pubmed, Embase, Lilacs, CINAHL, Web of Science e Scopus databases returned 1429 papers. After careful selection, 14 essays were included in the analysis. The eligibility criteria were: 1. Population sample of women living with HIV who take part in ART and/or professionals who assist them. 2. Investigation and/or intervention on the relationship between maternity and the use of ART as an interesting phenomenon by use of qualitative or mixed methods. **Results:** The central methods for data collection were in-depth interviews and focus group discussions. Geographic features were evident, both related to participants' and researchers' as well as their supporting institutions' location. Most of the research papers analyzed areas in the African continent which showed lack of health resources and high rates of HIV prevalence considering their population, among them children and pregnant women. Most of the women who took part in research had difficulties joining ART and were going through postpartum period as of the moment of the study. **Final considerations:** The main investigation themes of the studies were: Relationship with the treatment; Decision to get pregnant; Practices in health care services and Relationship with the child. Among individual, social and assisting factors for accession, adverse side effects; perceptions on the benefits of the medication for health; breastfeeding, fasting and lack of feed safety; HIV stigma; family, partner and professional support and specific counseling about the adhesion of antiretrovirals can be highlighted.

Keywords: Antiretroviral agents, HIV, Pregnancy, Parturition, Postpartum period, Reproductive behavior

SUMÁRIO

LISTA ILUSTRAÇÕES	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Vírus da Imunodeficiência Humana e o cenário global	16
1.2 A experiência da maternidade entre mulheres vivendo com HIV	22
1.3. A Era da Terapia com Antirretrovirais	30
2. OBJETIVOS	38
3. METODOLOGIA	39
3.1. Critérios de elegibilidade	39
3.2. Histórico da busca e adequação dos descritores	41
3.3. Caracterização da busca e inclusão de estudos	45
3.4. Processo de coleta de evidências	52
3.5. Processo de análise de evidências	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	55
4.1. Síntese de Resultados	55
4.1.1. Aspectos metodológicos dos estudos	56
4.1.2. Perfil sociodemográfico dos participantes dos estudos	57
4.2. Aspectos geográficos	58
4.2.1. Implementação da Estratégia B+	61
4.2.2. Políticas públicas para HIV em contextos de recursos limitados	63
4.2.3. Acesso à TARV em países de baixa e média renda	65
4.2.4. Linguagem	66
4.2.5. HIV tipo 1 e 2	68
4.3. Comportamento reprodutivo	69
4.3.1. Taxas de fecundidade	69
4.3.2. Decisão de engravidar	69
4.4. Adesão ao tratamento	71
4.4.1. Efeitos colaterais e resistência às drogas	73
4.4.2. Aspectos sociais	78
4.5. Alimentação e tratamento com medicamentos antirretrovirais	82
4.5.1. Nutrição da gestante	82
4.5.1. Amamentação do filho	84
4.6. Estratégias de enfrentamento	88
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92

5.1. Limitações	93
REFERÊNCIAS	94
REFERÊNCIAS - ARTIGOS SELECIONADOS REVISÃO SISTEMÁTICA	101
ANEXOS	103
ANEXO 1. PROTOCOLO DE REVISÃO	103
ANEXO 2. HISTÓRICO DE BUSCAS DETALHADO DE REVISÃO	106
ANEXO 3. QUADRO COM DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DOS ESTUDOS	108
ANEXO 4. QUADRO COM INFORMAÇÕES APRESENTADAS NO ARTIGO	114
ANEXO 5. QUADRO COM ESTRATÉGIAS E SOLUÇÕES PROPOSTAS	116

LISTA ILUSTRAÇÕES

IMAGENS

IMAGEM 1. Doações de antirretrovirais sul-sul realizadas pelo governo brasileiro	19
IMAGEM 2. Demonstração sobre queda de preços de ARV entre 2016 e 2020	20
IMAGEM 3. Situação global de novas infecções pelo HIV entre 2015 e 2021	21
IMAGEM 4. Evidências de menor proporção do cuidado contínuo ao HIV entre mulheres	23
IMAGEM 5. Evidências de menor proporção de cuidado contínuo ao HIV entre gestantes	25
IMAGEM 6. Tratamento com HAART e a expectativa de vida	31
IMAGEM 7. Mapa mundi com destaque nas principais nacionalidades de participantes	60
IMAGEM 8. Mapa mundi com destaque nas principais nacionalidades de autores	60

QUADROS

QUADRO 1. Antirretrovirais utilizados e indicações	34
QUADRO 2. Critérios de Inclusão e Exclusão	41
QUADRO 3. Descritores utilizados na última busca e estratégias associadas	44
QUADRO 4. Fluxograma do processo de busca dos artigos	46
QUADRO 5. Artigos selecionados, separados por título, autores, ano, países e tipo	50
QUADRO 6. Etapas do processo de coleta de evidências dos artigos selecionados	52
QUADRO 7. Temática de investigação dos estudos	55
QUADRO 8. Aspectos metodológicos dos estudos selecionados	56
QUADRO 9. Recomendações de esquemas antirretrovirais das Opções A e B	61
QUADRO 10. Situação de programas de PTV do HIV nos artigos estudados	63
QUADRO 11. Idiomas encontrados nos artigos selecionados	67
QUADRO 12. Informações sobre efeitos colaterais, citadas e analisadas pelos artigos	72

QUADRO 13. Informações sobre efeitos colaterais, citadas por participantes 74

QUADRO 14. Quadro 14. Questões enfrentadas pelos participantes 88

GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Busca por descritores em cada base de dados 47

TABELAS

TABELA 1. Busca por descritores em cada base de dados 47

TABELA 2. Artigos excluídos, separados segundo motivos para exclusões 49

TABELA 3. Estudos encontrados, separados segundo nacionalidades 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	- Antirretrovirais
CD4	- Agrupamento de diferenciação 4
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD	- Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CRT	- Centro de Referência e Treinamento
CV	- Carga Viral
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
FDA	- <i>Food and Drug Administration</i>
FMUSP	- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HAART	- Terapia Anti-retroviral altamente ativa
HC	- Hospital das Clínicas
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
I=I	- Indetectável é igual à Intransmissível
IO	- Infecções Oportunistas
IST	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	- Ministério da Saúde
OMC	- Organização Mundial do Comércio
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização não-governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	- <i>Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida</i>
PCDT	- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	- Profilaxia Pós-exposição
PERFAR	- Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids

PrEP	- Profilaxia Pré-exposição
PTV	- Prevenção da Transmissão Vertical
PVHA	- Pessoas vivendo com HIV/aids
SAE	- Serviço de Atendimento Especializado
SUS	- Sistema Único de Saúde
TARV	- Terapia Antirretroviral
TV	- Transmissão Vertical
UNAIDS	- Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids
USP	- Universidade de São Paulo
WHO	- <i>World Health Organization</i>

MEDICAÇÕES ANTIRRETROVIRAIS

ABC	- Abacavir
ATV	- Atazanavir
ATV/r	- Atazanavir e Ritonavir
AZT	- Azitromicina
DDI	- Didanosina
DRG	- Dolutegravir
DRV/r	- Darunavir e Ritonavir
EFZ	- Efavirenz
FTC	- Emtricitabina
LPV	- Lopinavir
LPV/r	- Lopinavir e Ritonavir
NVP	- Nevirapina
RAL	- Raltegravir
TDF	- Tenofovir
TDF/3TC	- Tenofovir e Lamivudina

APRESENTAÇÃO

Este trabalho surge, ainda como ideia, após o fim de meu curso de Aprimoramento Profissional em Saúde, com ênfase em Psicologia Clínica e Hospitalar em HIV/aids, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina em São Paulo entre março/2017 e março/2018, modalidade de pós-graduação lato-sensu.

Neste percurso, pude acompanhar de perto as pessoas que vivem com HIV e, principalmente, os aspectos da saúde mental desta população. Entre as múltiplas questões – diagnóstico recente, adesão ao tratamento, relação com a sexualidade e o conhecimento do I=I (Indetectável = Intransmissível), reações adversas aos medicamentos, revelação diagnóstica ao parceiro(a), entre outras - interessei-me especialmente pela relação entre vulnerabilidade e mulheres vivendo com HIV. Percebia que, por vezes, estas mulheres tinham suas vivências invisibilizadas para além do tratamento e, em especial ao que tange à maternidade, era comum que apresentassem pouco conhecimento sobre o assunto quando relacionado à infecção pelo HIV.

Na época, em busca de literatura científica sobre gestação sob a perspectiva das próprias mulheres vivendo com HIV, também encontrei lacunas. Os estudos de caráter qualitativos representavam a minoria do material encontrado, sendo mais comum que a temática da maternidade fosse abordada sob a ótica médica e na busca pelo aperfeiçoamento do campo técnico, farmacêutico e nutricional.

Após este período, trabalhei como pesquisadora em um projeto que analisava e intervinha sob vinculação e retenção de pacientes aos ambulatórios especializados no tratamento e diagnóstico de HIV/aids.

Realizei atendimentos com pacientes em início de tratamento ou em retorno após período de abandono de Terapia Antirretroviral superior há 90 dias, no Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS Nossa Senhora do Ó (SAE - FÓ), que atende pacientes principalmente da região norte de São Paulo. Em ambas as situações era comum que emergissem questões sobre maternidade, trazida pelas pacientes e/ou parcerias em nossas conversas iniciais. Havia demandas plurais: ora a gestação aparecida como motivo para investigação sorológica e descoberta do diagnóstico, ora estava relacionada ao abandono de tratamento, sendo referida a maternidade como causa do abandono ou também como impulsionadora para mudanças no tratamento antes irregular.

Acredito que a gestação constitui um momento marcante na vida das mulheres, podendo suscitar uma série de sentimentos e, quando atrelada ao viver com HIV, trazer também uma série de preocupações específicas que extrapolam a via biomédica. A partir de minha experiência de trabalho como psicóloga, foi possível evidenciar a importância de outra ótica para abordar tais assuntos. Ainda que pouco valorizadas, práticas como a do aconselhamento e da escuta qualificada podem influenciar o percurso das pacientes dentro do serviço de saúde, como também a relação com o tratamento e fora dele, como a vivência da sexualidade, da maternidade e de tantos outros aspectos que permeiam a vida destas mulheres.

Esta dissertação buscará descrever os avanços de um trabalho que se desenha a partir da premissa de analisar os sentidos da maternidade sob a ótica das mulheres que vivem com HIV, tomando como foco principalmente o cenário atual, em que as tecnologias antirretrovirais permitem maior prevenção sobre infecções a terceiros e melhores estimativas sobre a gestação e o parto.

Ademais, é importante destacar que, em razão da pandemia de COVID19, houve mudanças relacionadas à metodologia proposta. Inicialmente, o estudo previa a utilização da metodologia qualitativa, com realização de entrevistas semiestruturadas com mulheres vivendo com HIV em dois serviços de saúde em São Paulo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP. No exame de qualificação foi sugerido, pela banca examinadora, uma revisão do desenho de estudo proposto, em razão das dificuldades colocadas para realizar o trabalho de campo durante a pandemia COVID19. Assim, a condução do trabalho tomou novos rumos, com remodelação para um estudo de revisão sistemática.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Vírus da Imunodeficiência Humana e o cenário global

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) foi identificada em 1981 e tem como patógeno infeccioso o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A epidemia do HIV/aids representa um marco na história mundial, sendo um fenômeno dinâmico, global e instável (BRITO *et al.*, 2001). O primeiro caso no Brasil é descrito em 1982, chegando ao país alguns anos depois, o que caracterizou a aids brasileira como um “mal de folhetim”, já que notícias sobre a doença corriam o país antes de qualquer paciente diagnosticado, sendo influenciadas diretamente por perspectivas que vinculavam o HIV/aids à homossexualidade e a noções como “comportamentos e grupos de risco” (GALVÃO, 2000; AYRES *et al.*, 2003). Os Estados Unidos, por exemplo, focaram suas estratégias de prevenção em identidades específicas, reconhecidas inclusive pelas autoridades de saúde pública da época como “cinco H”: homossexuais, hemofílicos, haitianos, *heroinaddicts* (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo) (ARAUJO, 2015; CARVALHO e PICCININI, 2008).

Atualmente, outras infecções também têm apresentado trajetórias similares em termos de discursos relacionados à população infectada e aos países atingidos. Em revisão sobre a Variola dos Macacos ou *Monkeypox*, autores chamam atenção para a repetição de estratégias semelhantes às utilizadas no enfrentamento da pandemia do HIV/aids: o agrupamento inicial de casos entre homens gays e bissexuais levando ao estigma inaceitável e direcionado à grupos específicos (TITANJI *et al.*, 2022). Também pode ser citado o caso do enfrentamento brasileiro do vírus Sars-CoV 2, surgido inicialmente na China durante o ano de 2019, que teve sua possibilidade de acesso a insumos e testes para Covid-19 reduzida mediante conflituosas relações internacionais. Embora a China representasse o principal parceiro econômico brasileiro desde 2009, o país era encarado pelo presidente do Brasil como uma “ameaça comunista” (MOREIRA *et al.*, 2020).

Em relação ao HIV/aids, embora a partir de 1983 já se verificassem casos entre mulheres, os dados no mundo não indicavam proporção expressiva entre mulheres e aumentavam os rumores de possíveis infecções por contato doméstico (domiciliar ou familiar). Dez anos depois, em 1993, começam alertas sobre o aumento expressivo de casos em mulheres cis, que não se identificavam como trabalhadoras do sexo, crescendo a preocupação, principalmente entre mulheres em idade reprodutiva (VERMELHO *et al.*,

1999). A transmissão vertical do HIV, que já era uma preocupação, se intensifica após o primeiro caso de transmissão perinatal, registrado no Brasil em 1985 (BRITO *et al.*, 2001).

Na década de 1990 e início dos anos 2000, foram crescentes os discursos relacionados à determinadas tendências epidemiológicas da pandemia. No Brasil, destacavam-se como tendências principais a feminilização (aumento de proporção de casos entre mulheres), a pauperização (aumento de proporção de casos entre pessoas com menor renda e escolaridade) e interiorização (aumento de proporção de casos em municípios do interior dos estados do Brasil). Estudos passam a evidenciar também a relação direta entre feminilização da pandemia com aumento da transmissão vertical do HIV durante gestação, parto ou aleitamento natural, que até os anos 1986 representavam apenas 0,2% do total de casos, e passa a representar 2,6%, em 2000 (BRITO *et al.*, 2001).

Ainda em comparação entre a epidemia de HIV/aids e o atual surto de Varíola dos Macacos, autores de artigo sobre o tema propõem, no enfrentamento da *Monkeypox*, a “adoção de uma abordagem verdadeiramente global, com cooperação internacional do problema, não apenas nos países ricos mas também, criticamente, em países endêmicos que vêm respondendo à varíola dos macacos há décadas” (TITANJI *et al.*, 2022, p.10). Essa proposta está relacionada ao atual surto do ano de 2022, identificado como o maior surto a ocorrer fora do continente africano, já que na África registrava diversos outros surtos esporádicos há 50 anos.

Em esfera mundial, a epidemia de HIV/aids também mostrou desigualdades e distinções em relação à atenção, comunicação e apoio recebido em cada país. “Forças políticas conservadoras das diversas nações reagiram odiosamente às descobertas de casos de infecção pelo HIV” (MOREIRA *et al.*, 2020, p. 117) e apenas em 1986 é criado o Programa Global sobre HIV/Aids, da Organização Mundial da Saúde (OMS) priorizando prevenção e controle da aids. Naquele período, foram grandes as resistências governamentais e reações políticas de coerção e discriminação, sendo assim, a OMS precisou investir seus esforços em questões de direitos humanos, pesquisa social e comportamental (MOREIRA *et al.*, 2020).

Em 1990, algumas mudanças e conflitos internos forçam a OMS a reduzir o orçamento relacionado ao Programa e, assim, restringir suas operações. Aumentam as cobranças de movimentos sociais e Organizações não Governamentais (ONG) por investimento em pesquisas de novos medicamentos.

A partir da necessidade de um programa mais autônomo e flexível, que compreendesse melhor questões mundiais foi criado, em 1996, o Programa Conjunto das

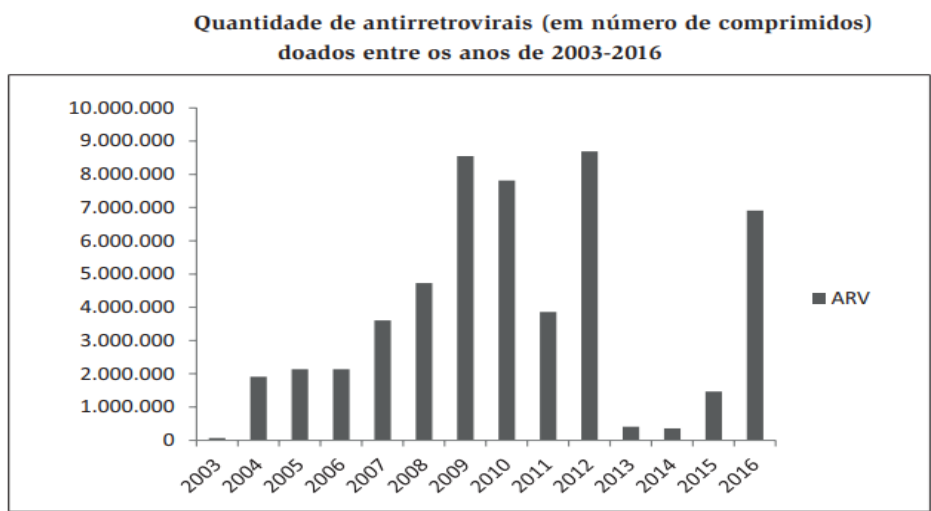
Nações Unidas Sobre HIV/aids (UNAIDS), programa articulado à Organização das Nações Unidas (ONU) (MOREIRA; SANTOS; SOUSA, 2020).

Até o início dos anos 2000, a dinâmica epidemiológica da aids poderia ser traduzida em três diferentes tipos de prevalência: 1. Inferior a 5% em todas as populações, ou *epidemia nascente*, como eram os casos da Argélia, Chile, Costa Rica, Cuba, Suriname, Rússia e Polônia; 2. Superior a 5% em uma ou mais populações específicas, ou *epidemia concentrada*, como eram os casos do Brasil e outros países latino americanos, Sudão, Tailândia e Etiópia; e 3. Superior a 5% na população e também superior a 5% entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal, ou *epidemia generalizada*, como eram os casos de países da África Subsaariana e Haiti (BRITO *et al.*, 2001).

Tendo em vista este contexto mundial, também são criados fundos bilaterais de ajuda internacional para enfrentamento da pandemia. Em 2003-2004 o governo dos Estados Unidos criou o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da Aids (PERFAR), programa bilateral que tinha 15 nações como foco de investimentos, principalmente do continente Africano, do Asiático e no Caribe. Foi declarado pelos EUA a escolha por não utilizar drogas genéricas no plano, evidenciando aspectos econômicos envolvidos e, além disso, embora China, Índia e Rússia passassem por situações dramáticas nas questões relacionadas ao enfrentamento do HIV/aids, não foram incluídos no plano de ação, o que aponta também para razões ideológicas. Autores destacam o caráter conservador e neoliberal do programa, que agia também conforme aspectos religiosos (MOREIRA; SANTOS; SOUZA, 2020).

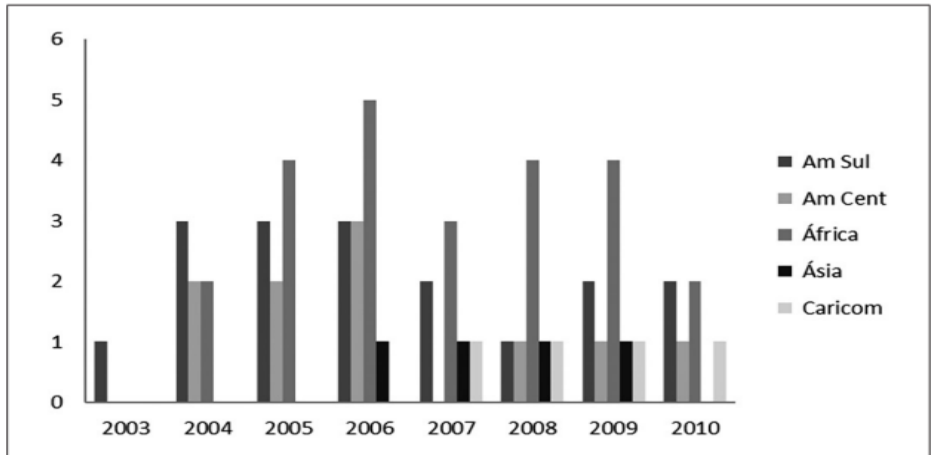
Neste contexto, de cooperação humanitária em saúde, o Brasil se destacou principalmente pela doação de medicamentos, onde os antirretrovirais representavam maior porcentagem entre os fármacos doados (DUNDA, 2018), como demonstra a *Imagem 1*.

Imagem 1. Doações de antirretrovirais sul-sul realizadas pelo governo brasileiro



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

Número de países, distribuídos por região geográfica, que receberam doação de ARV no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), incluindo o organismo internacional Caricom



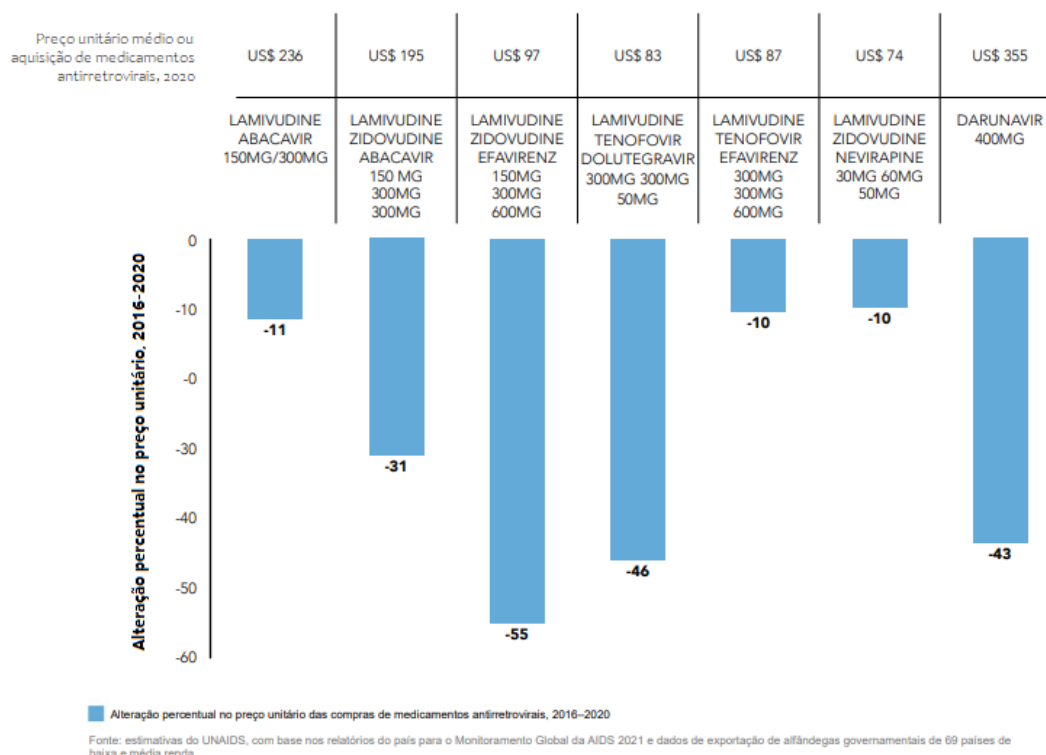
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

Fonte: Dunda (2018, p. 119 e 121) Artigo: “A cooperação sul-sul brasileira em HIV/aids: a doação de antirretrovirais como soft power do Brasil no cenário internacional”, da Revista Carta Internacional, v. 13, n. 3.

A expansão do tratamento do HIV foi possível a partir do compartilhamento de tecnologias e da expansão da produção genérica de medicamentos, reduzindo os preços e aumentando a distribuição dos produtos. Na última década, os preços de grande parte dos medicamentos antirretrovirais foram reduzidos consideravelmente, como demonstra a Imagem 2 traduzida abaixo.

Imagem 2. Demonstração sobre queda de preços de antirretrovirais (ARV) entre 2016 e 2020

FIGURA 4. Preços unitários médios de compras de medicamentos antirretrovirais, 2020, e variação percentual, 2016–2020



Fonte: UnaidS (2021b), modificada após tradução da autora

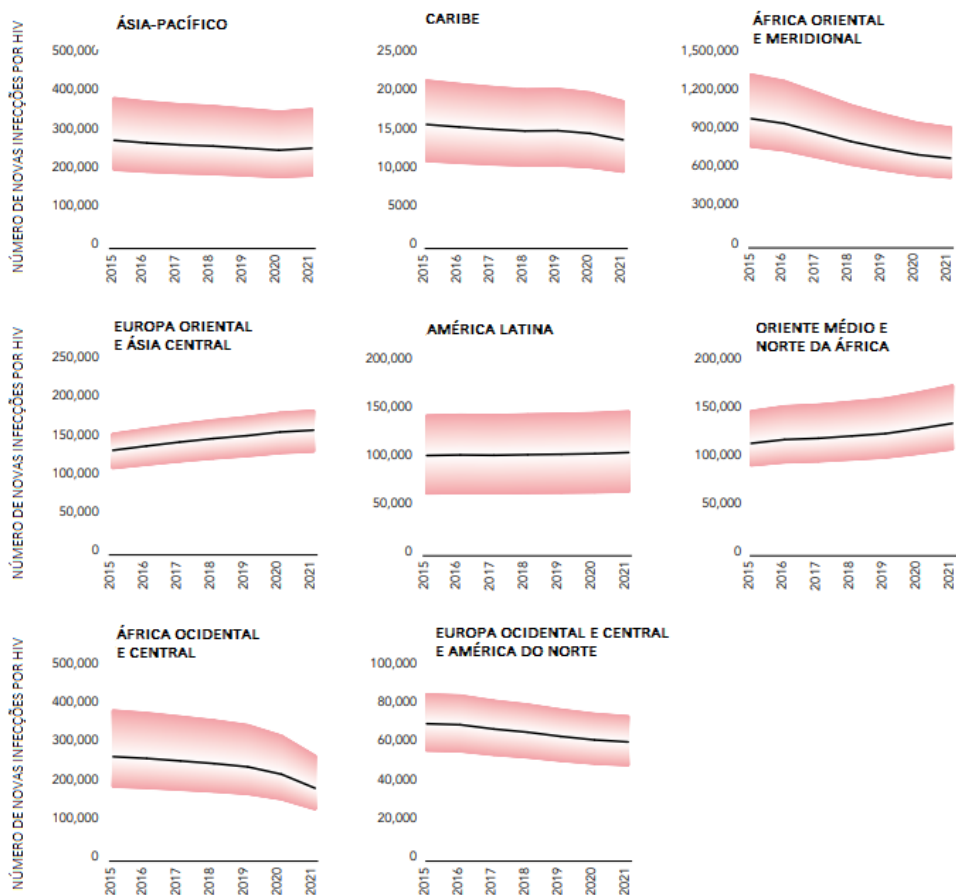
Diante de uma gama de ações conduzidas por Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) e aliados, com a pressão aos governos para flexibilização no acordo da Organização Mundial do Comércio (OMC) sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (TRIPS), aumentou a acessibilidade de países de baixa e média renda à medicamentos. Além disso, o *Medicines Patent Pool*, proporcionou esquemas de agrupamento de patentes, permitindo fabricação de genéricos para diferentes infecções (HIV, Tuberculose e Hepatite C), aumentando a concorrência entre produtores e reduzindo seu valor total, sem prejudicar a lucratividade e inovação entre as maiores empresas farmacêuticas no ramo. (UNAIDS, 2021b).

Se em 2000 medicamentos poderiam custar mais de 10.000 dólares por pessoa ao ano, em 2020 o regime mais recomendado (TDF/3TC+DTG - Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir) passou a custar 83 dólares por pessoa ao ano, em países de baixa e média renda (UNAIDS, 2021b).

Atualmente, embora os inúmeros avanços no campo da saúde e do tratamento específico do HIV/aids, o relatório mais recente produzido pela UnaidS (2022) chama atenção

para a descontinuidade do progresso mundial contra o HIV, que tem desacelerado. A América Latina, que se destacava por histórias de sucesso na implementação de tratamento, perdeu força, e a Europa Ocidental e Ásia não têm investido o suficiente em política de redução de danos. Como resultados, temos aumentos anuais de infecções por HIV durante a última década, como demonstram dados expostos na *Imagem 3* abaixo.

Imagem 3. Situação global de novas infecções pelo HIV entre 2015 a 2021



Fonte: Estimativas epidemiológicas da Unaid, 2022

Fonte: ONUSIDA (2022, p.5), material modificado após tradução realizada pela autora

Nos últimos anos, muitos doadores bilaterais importantes têm reduzido a assistência internacional para controle do HIV/aids, fazendo com que nações tenham que recorrer mais frequentemente ao Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, reduzindo em 6% os recursos disponíveis no período entre 2010 a 2021. Ao mesmo tempo, o financiamento interno dos países não têm crescido para suprir essa baixa de investimentos internacionais, Nos países de baixa e média renda o financiamento nacional caiu consecutivamente nos

últimos dois anos, o que tem exacerbado desigualdades relacionadas ao acesso aos tratamentos com antirretrovirais. (ONUSIDA, 2022).

1.2 A experiência da maternidade entre mulheres vivendo com HIV

Além das desigualdades em âmbito internacional, já mencionadas, também são marcadas diferenças entre gêneros na relação com o diagnóstico e tratamento do HIV/aids. O reconhecimento tardio da população feminina como vulnerável à epidemia de HIV/aids denunciou a desigualdade social entre gêneros e influenciou para a disseminação rápida e silenciosa do HIV entre mulheres. A prevalência de infecção pelo HIV, que compreendia a razão de 11 homens para 1 mulher, em 1987, apresentou razão de 2 homens para 1 mulher, em 2006. Assim, a partir do novo perfil de pacientes vivendo com HIV e atendidos por serviços de saúde, surgem também preocupações em relação à transmissão vertical (TV) do vírus, o que alertou para a importância da discussão do tema da maternidade, gestação e parto para esta população (MOURA, 2012).

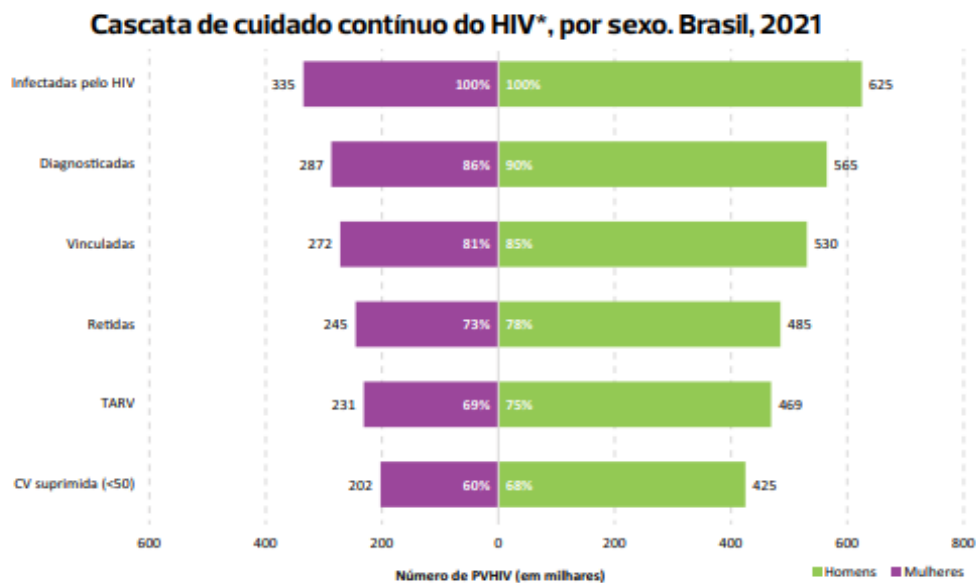
Atualmente, há o crescente reconhecimento global da população de meninas adolescentes e mulheres jovens como vulneráveis ao HIV e desenvolvimento de aids. Na África subsaariana elas representaram 25% de novos diagnósticos de HIV em 2020, que pode ter relação com múltiplos fatores, como: relação sexual com diferença de idade, violência e coerção sexual, normas de gênero e iniciação sexual precoce. Essa realidade fez com que alguns países incluíssem essa população em ferramentas biométricas de prevenção, como a profilaxia pré-exposição (PrEP) injetável de longa duração, além de assumir parcerias com escolas promotoras de saúde, promovendo ambiente comunitário seguro para disseminação de informações sobre promoção de saúde entre jovens (UNAIDS, 2021a).

No Brasil, embora a proporção estimada de mulheres vivendo com HIV/aids ainda seja menor que de homens (335 mil em comparação à 625 mil) elas ainda apresentam, na cascata de cuidado¹, menores percentuais de diagnóstico, vinculação e retenção aos serviços,

¹ A “Cascata do Cuidado Contínuo” (*Continuum of care*) é uma estratégia que visa organizar, através da tabulação de variáveis na forma de gráfico de barras, e monitorar o cuidado de pessoas vivendo com HIV. Essa forma de apresentação de dados é denominada de cascata pois está organizada na forma de etapas dependentes uma da outra, que se sucedem distribuídas da esquerda para direita: diagnóstico, vinculação ao serviço de saúde, retenção ao cuidado, adesão à TARV e supressão viral. (MIRANDA *et al.*, 2016; ROSSI, *et al.*, 2019) Visando o fim da pandemia de aids até o fim de 2030, a Unids (2015) elaborou a meta 90-90-90, que se refere ao objetivo ambicioso de ter, até 2020 uma cascata de cuidado com: 90% de todas as PVHA com conhecimento sobre seu diagnóstico, 90%, diagnosticadas, em terapia antirretroviral ininterrupta e 90%, de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral, com supressão viral.

adesão a TARV e supressão da carga viral (CV), como demonstrado no *Imagem 4*, retirado do Relatório de Monitoramento Clínico do HIV de 2021.

Imagem 4. Evidência sobre menor proporção do cuidado contínuo ao HIV entre mulheres



Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Proporções calculadas em relação ao número de PVHIV.

Fonte: Brasil (2022), Relatório de Monitoramento Clínico do HIV de 2021

Nesse sentido, torna-se imprescindível a maior investigação de demandas relacionadas a essa população e, entre elas, a questão da maternidade.

É possível que mulheres se infectem previamente à gravidez, durante a gestação ou após a gestação. Sendo assim, as mulheres vivendo com HIV podem se deparar com diversas questões relacionadas à maternidade: 1) no cuidado e convívio com filhos já existentes, maiores ou em fase de amamentação, 2) no início do tratamento durante período gestacional, quando diagnosticada no pré-natal, 3) na tentativa de engravidar ou a partir de uma gestação não planejada e 4) durante o parto, puerpério e pós-parto. A transmissão do vírus ao filho pode ocorrer de diferentes maneiras. Quando essa transmissão ocorre durante a gestação, parto ou amamentação denominamos “Transmissão Vertical” (TV).

No que diz respeito à redução da transmissão vertical, a resposta brasileira ocorre, principalmente, a partir de práticas preventivas e de identificação das mulheres portadoras de HIV durante o pré-natal; controle de fatores maternos a partir da boa adesão ao tratamento com antirretrovirais durante a gestação, com redução da carga viral abaixo de 1000 cópias; e avaliação e controle do parto a partir de quimioprofilaxias da mãe e bebê, bem como opção

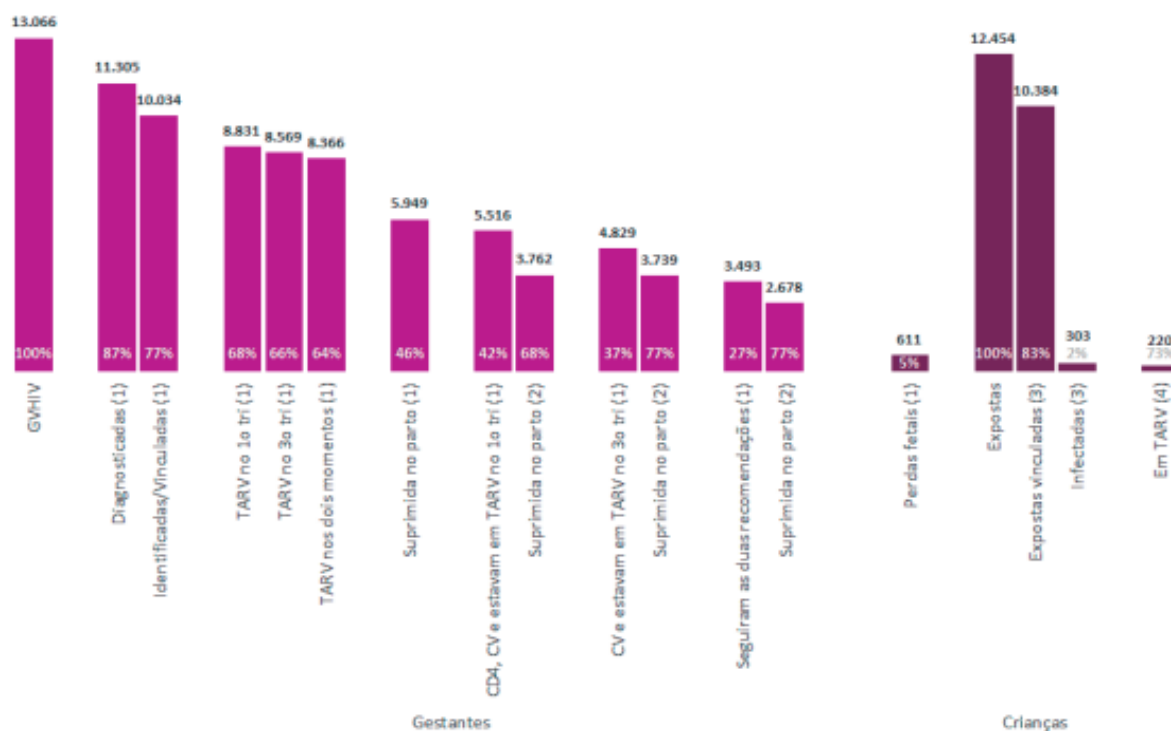
por tipo de parto avaliado pela equipe obstétrica; e controle de fatores pós-natais a partir da contra-indicação do aleitamento materno e de medicações na puérpera para inibição da produção do leite (DUARTE *et al.*, 2005).

São ainda apontadas outras medidas de controle de transmissão vertical do HIV, a partir de preocupações relacionadas à redução de possíveis danos placentários e em relação à membrana amniótica, com informações sobre prejuízos associados ao uso do cigarro e de outras drogas, além de recomendações sobre uso de preservativo e controle de riscos no momento do parto. Bem como, medidas de redução da prematuridade, associada como fator de vulnerabilidade para TV, a partir de controle de síndromes hipertensivas, doenças do colágeno, doenças infecciosas genitais, diabetes e evitação da produção de medicamentos que induzem ao aumento da atividade uterina (DUARTE *et al.*, 2005).

A Declaração Política de 2021 e a Estratégia Global de Aids estabeleceram metas ambiciosas relacionadas a Prevenção da Transmissão Vertical para 2025: 95% de todas as mulheres grávidas testadas para HIV, Sífilis e Hepatite B e, em locais com alta taxa de HIV, mulheres lactantes estudadas durante final da gravidez e período pós-parto, 95% de todas as mulheres em idade reprodutiva vivendo com HIV atendidas em serviços de saúde, e 95% das mulheres grávidas e lactantes vivendo com HIV com supressão viral. No entanto, relatório recente produzido pela UNAIDS (2021a) e parceiros, de nome *Start Free, Stay Free, AIDS Free* alerta para a estagnação de avanços relacionados à erradicação da aids entre crianças, adolescentes e mulheres jovens, e o, ainda distante, alcance de tais metas ao analisar dados de países como República Democrática do Congo, Nigéria, Gana, Angola, Camarões, Burundi, Chade, Quênia, Uganda, Zâmbia, Malawi, África do Sul, Etiópia, Moçambique, Tanzânia, entre outros.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) propõe cascata de cuidado exclusiva para gestantes vivendo com HIV e seus filhos, como demonstrado na *Imagem 5*. De acordo com esses dados, das 13.066 gestantes vivendo com HIV, 87% (11.305) alcançaram o diagnóstico e 77% (10.034) foram vinculadas aos serviços. Em relação à Terapia antirretroviral cerca de 68% (8.831) iniciaram no primeiro trimestre de gestação e 66% (8.569) a partir do 3º trimestre. Por fim, quanto às recomendações ideais para Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), 46% (5.949) estava com supressão da Carga Viral no momento do parto, sendo que, parte tinha realizado CD4, CV e estavam em TARV desde o primeiro trimestre (n = 5.516, 42%) e parte tinha CV e estava em TARV no 3º trimestre (n= 4.829, 37%) (BRASIL, 2019).

Imagem 5. Evidência sobre menor proporção do cuidado contínuo ao HIV entre gestantes



Fonte: Brasil (2019), Relatório de Monitoramento Clínico de Gestantes Vivendo com HIV de 2021

Em relação ao comportamento e escolhas reprodutivas de pessoas vivendo com HIV, estudos indicam que elas tendem a preferir falar sobre o assunto com aconselhadore ou clientes especialistas (pessoas que também vivem com HIV e atuam como aconselhadore), em geral, por receio de perturbar ou estressar seus médicos, o que reflete inclusive na perda de seguimento ambulatorial em muitos casos (MINDRY *et al.*, 2017) ou decisão por realizar seus partos em outras cidades mais distantes, por cogitarem a possibilidade de abortos forçados e desconfianças sobre a forma como serão tratadas (LIAMPUTTONG; HARVIRAVOM, 2014).

Apesar de alguns estudos apontarem menores intenções de serem mães entre mulheres vivendo com HIV, se comparadas às mulheres da população em geral (OLIVEIRA *et al.*, 2009; ZABINA *et al.*, 2009; KEOGH *et al.*, 2012), pode-se indicar que o desejo é presente nestas mulheres, segundo estudos realizados no Brasil (ZILMAN; ALVARENGA, 2015; SOUZA *et al.*, 2017), na África do Sul (SOFOLAHAN; AIRHIHENBUWA, 2013), na Etiópia (MOKWENA; BOGALE, 2017), México (DIJK *et al.*, 2013), Quênia (NGURE *et al.*, 2014), Canadá (KENNEDY *et al.*, 2013) entre outros países.

Autores apontam que a decisão de ter filhos vai se relacionar com fatores de idade, influências do parceiro e de familiares, presença de assistência governamental, renda e etnia (KENNEDY *et al.*, 2013). Além disso, a depender de qual região estamos direcionando nosso olhar e da forma como é construída a noção de maternidade, podemos encontrar a percepção, entre mulheres vivendo com HIV, de que a escolha por não ter filhos também constitui um grande desafio frente a atitudes provindas da comunidade em que vivem (EZEQUIEL *et al.*, 2012; GOMBACHIKA; FJELD, 2015). Na Tanzânia, por exemplo, mulheres vivendo com HIV entrevistadas indicaram sentir pressão para que tenham filhos, uma vez que mulheres sem filhos estão associadas, nessa cultura, a imagens negativas como de inutilidade, promiscuidade e as práticas como aborto e prostituição. Assim, mulheres vivendo com HIV que não revelaram seu estado sorológico se sentiam obrigadas a terem muitos filhos, como forma de indicar seu apreço à família, ao casamento e aos valores socialmente aceitos (KEOGH *et al.*, 2012).

A literatura da área aponta para a hipótese de maior indicação de laqueadura pós-parto em mulheres vivendo com o vírus, o que pode indicar um menor interesse destas mulheres em gerarem filhos, afastando-as das relações hegemônicas entre mulher e maternidade, como também a possibilidade de que haja maior indicação deste procedimento para estas mulheres, por parte dos profissionais de saúde (BARBOSA, 2017). A hipótese de maior indicação do procedimento também é corroborada por diferentes estudos, que referem a proposta de esterilização às parturientes no contexto do HIV, apresentada pelos profissionais de saúde no caminho da sala para cirurgia de cesárea, durante o trabalho de parto, quando estavam sentindo dor ou mal estar por fatores da gravidez, sob efeito de anestesia, e até como condição para realização de outros procedimentos, como a cesárea ou o aborto (STRODE *et al.*, 2012; DIJK *et al.*, 2013; KENDALL; ALBERT, 2015; ATKINSON; OTTENHEIMER, 2018). Pesquisas que investigaram esterilizações feitas em mulheres vivendo com HIV de diferentes regiões, como a África do Sul (STRODE *et al.*, 2012) e países da América Latina, como Honduras (KENDALL; ALBERT, 2015; ATKINSON; OTTENHEIMER, 2018), México (DIJK *et al.*, 2013; KENDALL; ALBERT, 2015), El Salvador e Nicarágua (KENDALL; ALBERT, 2015) apontam como questão comum a indicação de esterilização feita por profissionais de saúde baseados em informações erradas ou falseadas, como: a) suposta proibição de mulheres vivendo com HIV terem filhos; b) dados irreais sobre chances de transmissão vertical, desvalorizando desfechos favoráveis a partir de intervenções

preventivas; c) desconsideração da possibilidade de recusa ao procedimento, e d) pressuposição de reversão do procedimento.

Por vezes, mulheres vivendo com HIV possuem a percepção de que, caso fossem seus médicos e/ou enfermeiros os principais responsáveis sobre a escolha de que elas engravidassem, estes fariam a opção para que elas não tivessem filhos. Grande parte delas entende a gravidez como um direito e consegue identificar momentos em que seu interesse por ter filhos foi desconsiderado pela equipe de saúde (LIAMPUTTONG; HARITAVORN, 2014). Na literatura pesquisada, também foram encontrados relatos sobre barreiras técnicas e assistenciais no atendimento a essas mulheres em serviços de saúde, bem como desinformação e medo em relação à transmissão do HIV. Entre casais heterossexuais, nos quais pelo menos um dos integrantes vive com HIV, grande parte das orientações fornecidas por profissionais de saúde sobre a temática da fertilidade são direcionadas às mulheres (SAEIEH *et al.*, 2016; MILDRY *et al.*, 2017), que estejam em relacionamentos e expressam intenção clara em ter filhos, mais do que apenas desejam (FINOCCHARIO-KESSLER *et al.*, 2012), com discussões que giram em torno da contracepção (DIJK *et al.*, 2013; SAEIEH *et al.*, 2016; THOMSON, 2017; MOKWENA; BOGALE, 2017; MINDRY *et al.*, 2017) e, na maior parte das vezes, resultam na percepção de que suas necessidades não foram satisfeitas (FINOCCHARIO-KESSLER *et al.*, 2012).

Segundo a literatura da área, para mulheres vivendo com HIV, a maternidade pode ser vivência importante e estar associada a uma pluralidade de experiências, a depender de múltiplos fatores. Estudos indicam que a gestação nesse contexto pode gerar mudanças de vida e influenciar, inclusive, na melhora de adesão ao tratamento, trazer novas preocupações ligadas à transmissão ao filho e/ou ao companheiro, medos quanto à revelação diagnóstica para familiares e conhecidos, e incertezas em relação ao futuro (GONÇALVES; PICCININI, 2008; MACHADO *et al.*, 2010a; MACHADO *et al.*, 2010b; ABDALLA; NICHATA, 2008). Machado *et al.* (2010a) destacam diferenças entre mulheres diagnosticadas durante ou após o parto, mulheres que já viviam com HIV na primeira gestação e mulheres em gestações subsequentes.

Em entrevistas realizadas com sete mulheres vivendo com HIV na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, foi possível distinguir que mulheres diagnosticadas durante o parto possuíam mais preocupação com a Transmissão Vertical, além de expressarem mais frequentemente sobre medo de morrer e da impossibilidade de cuidarem de seus filhos. Santos *et al.* (2012), em entrevistas com 10 mulheres em Goiânia, Goiás, observaram que, de

maneira geral, a maternidade para as mulheres se caracteriza como um momento de ressignificação da própria vida e inclusive do tratamento, com recorrente melhora na adesão aos medicamentos e maior comparecimento em consultas.

Atualmente, o diagnóstico precoce é apontado como importante aliado para a possibilidade de que as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) tenham direito ao tratamento adequado, podendo auxiliar no aprimoramento de ações preventivas e proporcionar interrupções em cadeias de transmissão, inclusive por via vertical (BRASIL, 2008). Por este motivo, recomenda-se a realização do teste anti-HIV pela gestante em quatro diferentes momentos: na primeira consulta pré-natal, preferencialmente durante o primeiro trimestre gestacional; no começo do terceiro trimestre de gestação; durante o parto e também, sempre que houver história de possível exposição ou violência sexual (BRASIL, 2018).

Além do diagnóstico, o tratamento também é preconizado pelos serviços de saúde, com a escolha de determinado conjunto de medicamentos a fim de realizar Terapia Anti-retroviral de Alta Potência (HAART). Segundo Santos (2017), enquanto ainda não havia profilaxia eficaz, cerca de 25% das gestações de mulheres com HIV levavam a transmissão do vírus ao filho, por isso, a recomendação profissional do uso do preservativo era estabelecida quase como regra para todas as relações sexuais, mais do que um direito. Mais tarde, com o surgimento da Zidovudina, medicamento comumente conhecido pela sigla AZT, o protocolo de Prevenção de Transmissões Verticais (PTV) começa a se modificar. O AZT passa a ser administrado em versão oral para gestantes a partir da 14ª semana, injetável durante o parto e como xarope para o bebê, em suas primeiras semanas de vida. Além disso, começaram a se disseminar estudos que corroboram a noção de que as mães vivendo com o vírus não podem amamentar e, por isso, passam a receber do Estado uma fórmula láctea (SANTOS, 2017).

Atualmente, é preconizado que todas as gestantes diagnosticadas com HIV sejam encaminhadas como seguimento pré-natal de alto risco, com vínculo com a Atenção Básica. Sendo que, para aquelas que apresentam imunossupressão grave e/ou manifestação de infecções oportunistas (IO), é necessário haver encaminhamento para serviços de atendimento especializado, isto é, com acompanhamento junto ao Infectologista ou Clínico com experiência em pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2018).

As gestantes nestas condições precisam estar atentas a algumas medidas específicas, como: evitar medicamentos teratogênicos, e usar antirretrovirais no bebê durante sua primeira semana de vida (SANTOS, 2017). O Ministério da saúde, em documentos oficiais, ressalta

que os avanços na área permitiram que a transmissão vertical seja evitada a partir do tratamento adequado: “A taxa de TV do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de ARV que mantêm níveis de CV-HIV abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo, portanto, muito baixa quando a CV estiver indetectável.” (BRASIL, 2018, p.83).

Após o parto, continua descrita a impossibilidade de amamentação, mesmo para casos em que a mulher realize terapia anti-retroviral e possua carga viral indetectável (SANTOS, 2017). Apesar de não ser recomendada a amamentação, mães que vivem com HIV podem utilizar seu leite materno para alimentar o bebê caso ocorra a pasteurização, com o aquecimento do leite a 62,5 °C durante 30 minutos, porém, este recurso não foi amplamente difundido e nem adotado pelas brasileiras (MACHADO *et al.*, 2010b). Ao invés disso, no Brasil eram comumente utilizadas práticas de inibição de lactação. Orientadas pelos profissionais de saúde, as técnicas utilizadas para suprimir a produção de leite poderiam incluir enfaixamento das mamas, restrição hídrica, aplicação de bolsas de gelo, ou também métodos farmacológicos, como estrogênios e inibidores de prolactina (MEIRA *et al.*, 2008).

Para Machado *et al.* (2010b), tais métodos se apresentavam como práticas dolorosas e de caráter punitivo, que marcavam negativamente as vivências de maternidade em mulheres com HIV. Moreno *et al.* (2006), ao discorrerem sobre o tema, assumem tais técnicas e intervenções como maneiras pelas quais profissionais de saúde exerciam poder sobre o corpo de mulheres. Apontam ainda que a não amamentação e troca por substitutos ao leite materno podem gerar, nestes contextos, questionamentos sobre a real nutrição e garantia de manter o bebê sadio, sentimentos relacionados à desvalorização do papel de mãe, dificuldades para aceitação do diagnóstico de HIV e problemas para argumentar e explicar aos familiares e outras pessoas próximas, sobre os motivos de não estar amamentando, mantendo o sigilo do diagnóstico. Assim, os autores caracterizam tais experiências como penosas e emocionalmente desgastantes para estas mães.

O Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV descreve ainda o puerpério e pós-parto como períodos conhecidamente críticos em relação à retenção aos serviços e adesão ao tratamento medicamentoso, atentando para necessidade em ações de apoio a essa população nos serviços de saúde e apoio da rede familiar e social.

Estudos apontam para a necessidade de que haja não somente foco aos aspectos biomédicos da maternidade, ligados à eficácia do tratamento, detecção da carga viral e terapia medicamentosa de melhor escolha, como também um acompanhamento direcionado aos aspectos psicossociais das terapias antirretrovirais em gestantes, parturientes e puérperas,

propiciando um maior conhecimento dos diversos fatores que envolvem a maternidade e favorecendo a segurança para o enfrentamento das adversidades que possam surgir.

As questões surgidas a partir da gestação atrelada à sorologia positiva para HIV são, por vezes, vividas de maneira solitária para a maioria das mulheres, diante do medo da reação de pessoas próximas sobre viver com HIV e estar grávida. Inclusive, mesmo entre profissionais de saúde, o diálogo pode estar permeado por preconceito, gerando silêncio e reverberando na falta de informações sobre assuntos cruciais ao tratamento (MACHADO *et al.*, 2010a). Apesar dos avanços em relação ao tratamento do HIV e prevenção da transmissão vertical em todo o mundo, os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades em reconhecer o desejo de ter filhos por mulheres vivendo com HIV, muitas vezes, focando seus atendimentos em informações sobre a terapia com antirretrovirais (TARV). Assim, questões sobre a intenção de engravidar de grande parte dessas mulheres são desconhecidas, fazendo com que a atenção sobre a saúde e direitos reprodutivos dessa parcela da população seja invisibilizada (MOKWENA; BOGALE, 2017; MINDRY *et al.*, 2017). Neste contexto, autores apontam a importância de ações de educação em saúde, a fim melhorar a compreensão das necessidades e anseios expressos por pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) frente as suas decisões e desejos reprodutivos e também a possibilidade de suporte técnico e teórico aos profissionais de saúde, para que saibam lidar com as necessidades atuais, bem como, propiciar cuidados e assistência médica segura a esta população (EZEKIEL *et al.*, 2012; SOFOLAHAN; AIRHIHENBUWA, 2013).

1.3. A Era da Terapia com Antirretrovirais

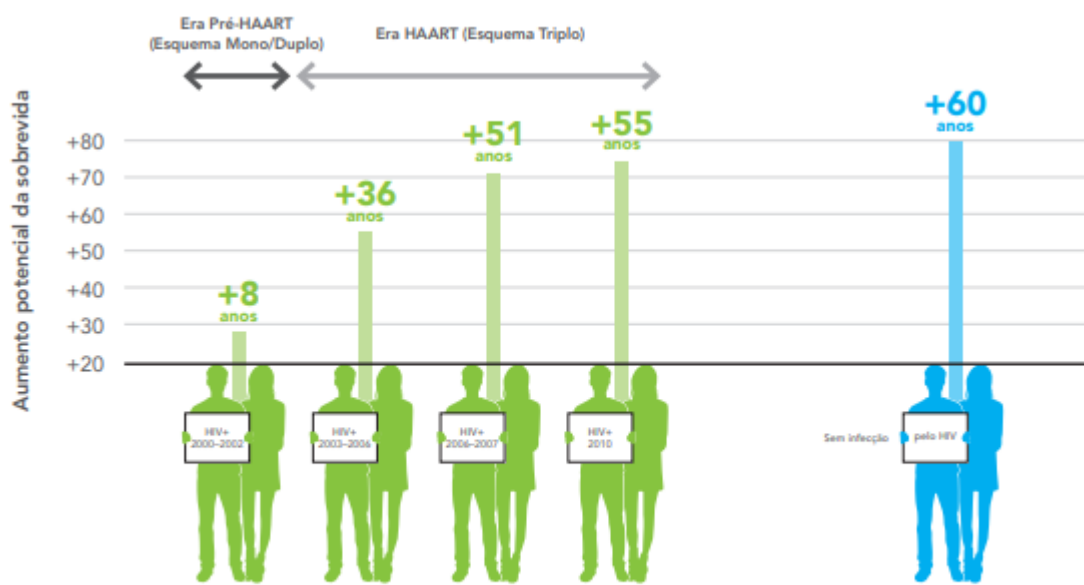
Caminhando junto às políticas e representações sobre o HIV, começam a ser desenvolvidos estudos sobre drogas eficazes para tratamento do vírus. A primeira medicação, conhecida como AZT ou zidovudina, foi aprovada pelo órgão norte-americano FDA (Food and Drug Administration) em 1986, e passou a ser comercializada em 1987, pelos laboratórios Burroughs-Wellcome. O medicamento já havia sido anteriormente utilizado para tratamento de câncer (ROSSI *et al.*, 2012; SOUZA; ALMEIDA, 2003). No Brasil, o AZT passa a ser fornecido em 1991, pelo Ministério da Saúde, e sua produção dentro do país começa em 1993 (ROSSI *et al.*, 2012; VASCONCELOS; HAMANN, 2005). As primeiras recomendações formais do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical, a partir do uso do AZT, ocorreram em 1995, a partir de resultados do PACTG (Paediatric AIDS

Clinical Trial Group). Neste período, também já era contra indicado o aleitamento materno. Além disso, o parto cesariano eletivo passa a ser incluído como recomendação, ainda que não houvesse critérios específicos estabelecidos para tais indicações (VASCONCELOS; HAMANN, 2005).

Mais tarde, no ano de 1996, a 11ª conferência internacional sobre SIDA em Vancouver, Canadá apresentaria a ideia de combinação de medicamentos, que poderiam diminuir em até 100 vezes a produção do vírus. Deixando para trás monoterapias e terapias duplas, a nova combinação passou a ser chamada popularmente como “Coquetel de drogas” e, era conhecida no meio acadêmico como Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) ou TARV tríplice, unindo 3 categorias de medicamentos para redução de cargas virais a níveis indetectáveis: 1. Inibidores de Transcriptase Reversa Nucleosídeos-nucleotídeos; 2. Inibidores de Transcriptase Reversa Não-nucleosídeo e 3. Inibidores de Protease (ROSSI *et al.*, 2012; SOUZA; ALMEIDA, 2003).

A chegada de esquemas triplos passa a proporcionar às PVHA o aumento da expectativa de vida e dos prognósticos, mesmo em casos tardios de diagnóstico, como exemplificado no *Imagem 6*, abaixo.

Imagem 6. O tratamento com Terapia Antirretroviral Altamente Ativa e a expectativa de vida



Impacto previsto do tratamento do HIV sobre a sobrevida de uma pessoa com 20 anos de idade vivendo com HIV em um contexto de renda alta (períodos diferentes)

Fonte: Samji H et al., PLoS ONE, 2013.

Fonte: UNAIDS, 2015

As mudanças proporcionadas pela evolução nos esquemas terapêuticos utilizando tecnologias antirretrovirais avançadas provoca mudanças relacionadas aos interesses acadêmico-científicos e nas perspectivas de intervenções no contexto da saúde. Entre o fim dos anos 1990 e 2000, crescem os estudos que vão avaliar efeitos colaterais de TARV e falhas de tratamento, principalmente associados a estratégias para melhora de adesão (LIGNANI *et al.*, 2001; BRASIL, 2008; BRASIL, 2007). Os efeitos colaterais mais relatados, em gestantes, em relação aos antirretrovirais incluíam alterações gastrointestinais, hepáticas, pancreáticas e anemias (DUARTE *et al.*, 2005). Neste período, destaca-se a necessidade de produção de novos medicamentos, mais eficazes. Assim, a nova classe de ARV, os inibidores de protease, é aprovada pela FDA, trazendo facilidade ao tratamento por ser considerada mais segura e poderosa (SOUZA; ALMEIDA, 2003).

Em 2001, o Ministério da Saúde constrói um comitê assessor para recomendações específicas sobre TARV em gestantes, produzindo parâmetros para a cesárea eletiva (procedimento cirúrgico marcado e que deve, por definição, iniciar antes do trabalho de parto) como indicação para aquelas mulheres cuja carga viral for superior a 1000 cópias/ml ou desconhecida. Ademais, também foi descrita pelo comitê assessor a administração da quimioprofilaxia com AZT injetável na gestante, três horas antes do parto (VASCONCELOS; HAMANN, 2005). Em 2005, o Estudo Colaborativo Europeu indicava a cesária eletiva como redutora de Transmissão Vertical (TV), mesmo em casos em que a gestante possuía carga viral inferior a 1000 cópias/ml, sugerindo que fosse indicada para todas as gestantes vivendo com HIV independente de sua carga viral. No entanto, a proposta não foi aceita pelo Programa Nacional de DST/AIDS brasileiro, que apesar de considerar a eficácia (alcance dos resultados esperados com qualidade) e efetividade (alcance de seu objetivo final) da cesárea eletiva considerou para sua decisão estudos realizados sobre mortalidade infecciosa e puerperal em comparação entre procedimento de cesárea não eletiva (26%), eletiva² (20%) e o parto normal (5%), em estudos de casuística da Europa e dos Estados Unidos (DUARTE *et al.*, 2005).

² De acordo com Diretrizes de Atenção à Gestante da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC (2016), a operação cesariana é eletiva quando o parto é induzido, a fim de evitar tanto a prematuridade como o trabalho de parto e ruptura das membranas. Este tipo de cesárea deve ser evitada, mas pode ser considerada em situações específicas, como: presença de infecções como herpes genital com lesão ativa ou HIV com carga viral desconhecida ou maior que 1000 cópias/mL, apresentação pélvica, placenta de inserção baixa ou que evolui para acretismo placentário (placenta aderida a parede do útero) e placenta prévia. No caso de mulheres vivendo com HIV indicadas para cesárea eletiva, a operação deve ser realizada na 38ª semana de gestação, iniciando o trabalho de parto antes da data prevista, com chegada à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm). É necessária a aplicação intravenosa de AZT, se possível, 3 horas antes da cirurgia.

Desde a entrada das tecnologias antirretrovirais como aliadas no tratamento e prevenção da transmissão do HIV até os dias atuais, novos conhecimentos têm sido produzidos e o trabalho nos serviços de saúde tem ganhado novos contornos. Em 2013, o Brasil passou a implementar o tratamento para todas as pessoas diagnosticadas com HIV, seguindo uma tendência e recomendação mundial. O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) anterior condicionava o início do tratamento ao exame de Linfócitos TCD4 menor que 500, valor abaixo da referência técnica que indica certo grau de deficiência imunológica (BRASIL, 2013).

A importância do tratamento precoce se deve, especialmente, às evidências de que o tratamento de PVHA pode ser uma forma de prevenir novas infecções. Desde 2000, estudos já apontavam a supressão viral como fator de impacto na transmissão do HIV, embora apenas em 2016 passou a ser disseminado o termo I=I (Indetectável = Intransmissível), uma tradução brasileira para o U=U, de *Undetectable = Untransmittable* (FIGUEIREDO, 2020).

O I=I enfatiza o risco zero da transmissão entre pessoas que estão indetectáveis para o vírus (ou seja, apresentando menos do que 40 cópias/ml no exame de sangue que identifica a carga viral). A primeira referência ao risco zero de transmissão remete ao ano de 2008, em uma declaração feita pela comunidade científica suíça (FIGUEIREDO, 2020) gerando forte comoção e críticas do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). No Brasil, documentos oficiais do Ministério da Saúde passaram a circular a notícia a partir de 2017. Em Nota Informativa 02/2017, do CRT DST/Aids de São Paulo, há menção à afirmação de que “indetectável igual a intransmissível”, consolidada como evidência no meio científico partir de resultados conclusivos de pesquisas como a HPTN 052 e Partner 2, em 2016, e a de Opposites Attract 3, em 2017 (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017). Declaração que é novamente endossada no ano seguinte por investigadores e mais de 500 organizações internacionais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2018).

Embora existam robustas evidências no campo científico, Figueiredo (2020) enfatiza as diferentes respostas ao I=I quando comparados os campos de atuação clínica e ativista. Sendo que, para muitos profissionais médicos ainda há menor desvalorização da importância de disseminação desta informação por diferentes motivos, como: a) descrédito às evidências, b) percepção de que a afirmação ameaça a responsabilidade individual, c) preocupações relativas ao comportamento dos pacientes e d) possíveis compreensões e interpretações dos pacientes. Já para ativistas na área, a descoberta é vista como revolucionária e sua

disseminação incentivada, visto que pode: a) auxiliar no enfrentamento de estigmas, b) melhorar a vida de PVHA e c) contribuir para a proximidade do fim da epidemia.

Em relação às escolhas reprodutivas, à gestação e ao parto, o I=I significa, principalmente, dizer que realizar um tratamento medicamentoso adequado pode significar a não transmissão do vírus HIV ao parceiro e também ao bebê (durante gestação e parto), possibilitando que essas mulheres e casais consigam com maior frequência planejar ter filhos biológicos.

Em protocolo sobre prevenção da transmissão vertical do HIV, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) já enfatizava como aspecto importante na abordagem inicial da gestante recém diagnosticada com HIV a descrição da forma como a infecção do HIV evolui e a necessidade de enfatizar o impacto favorável da TARV na qualidade e expectativa de vida, bem como probabilidades de redução da transmissão vertical e medidas existentes, atentando sempre para que as explicações sejam compreensíveis para a paciente. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas mais recente (BRASIL, 2019) fala sobre a possibilidade do tratamento como opção segura para prevenção de até 100% entre casais sorodiferentes e de redução do risco de transmissão vertical para até 1%. A partir disso, o protocolo coloca como necessidade de exames de carga viral em pelo menos três momentos da gestação para avaliar boa adesão e monitoramento da resposta da TARV.

Em recomendações mais atuais do Ministério da Saúde, é possível verificar, através do Ofício Circular nº11/2020, a prescrição de exames de genotipagem pré-tratamento em todas as gestantes vivendo com HIV, a fim de verificar sensibilidade aos antirretrovirais escolhidos. O ofício recomenda que o infectologista verifique idade gestacional, histórico de tratamento e falhas, exames prévios de genotipagem, toxicidade e tolerância às medicações para melhor escolha da medicação (BRASIL, 2020).

Atualmente, no Brasil, os principais esquemas usados em pacientes gestantes serão:

Quadro 1. Antirretrovirais utilizados e indicações

TDF/ 3TC/DTG	Tenofovir + Lamivudina Dolutegravir (2 comprimidos)	<ul style="list-style-type: none">• Preferencial, independente de idade gestacional. <p>*Até 2022, só poderia ser utilizado a partir do segundo trimestre gestacional (a partir de 13 semanas),</p>
TDF/3TC/EFZ	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (1 comprimido)	<ul style="list-style-type: none">• Opção alternativo, caso haja contraindicação da gestante ao Dolutegravir <p>*Até 2022, era o esquema preferencial em</p>

		período de primeiro trimestre gestacional, quando houver genotipagem pré-tratamento sem ausência de mutações para ITRNN.
TDF/3TC + ATV/r	Tenofovir + Lamivudina Atazanavir Ritonavir (3 comprimidos)	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativo em período a partir do segundo trimestre, caso haja contra-indicação da gestante ao Dolutegravir e Efavirenz <p>*Até 2022, era o esquema preferencial em período de primeiro trimestre gestacional, quando não houver genotipagem ou for verificada resistência para ITRNN (mutação provoca contra-indicado a Nevirapina e Efavirenz)</p>
TDF/ 3TC / DRV/r	Tenofovir + Lamivudina Darunavir Ritonavir (3 comprimidos)	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativo, quando não for possível utilizar Dolutegravir, Efavirenz e Atazanavir.
TDF FTC /RAL	Tenofovir Emtricitabina Raltegravir (3 comprimidos)	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativo, utilizado em casos de contra-indicação de todos os esquemas anteriores, somente usado em casos de início tardio do pré-natal (a partir do 3º trimestre)

Fonte: Produção própria, construída a partir de informações do Ministério da Saúde (Brasil, 2020) e atualização proposta pela Nota Informativa Nº 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS

Haviam contra-indicação ao esquema composto com Dolutegravir (DTG), diante de estudos que relacionam seu uso ao maior risco de malformação do tubo neural em fetos. Portanto, até 2022, apesar do esquema inicial recomendado para pessoas vivendo com HIV conter esse agente antirretroviral, por apresentar melhores resultados em termos de eficiência, menos efeitos colaterais e menores chance de resistência primária, no caso de mulheres o uso do DTG era interrompido caso fosse identificada gestação menor que 12 semanas (BRASIL, 2020; BRASIL, 2022). Por este motivo, muitos infectologistas escolhiam como esquema inicial, para mulheres em idade fértil, outras opções menos eficazes e/ou com mais efeitos colaterais descritos.

A adesão ao tratamento e planejamento da gestação influenciam tanto nas escolhas das tecnologias antirretrovirais como pode ser fator para escolha do tipo de parto no futuro. Segundo Nelvo (2018), estar em tratamento, ter boa adesão e carga viral menor que 1000 cópias/mL pode significar o aconselhamento de um parto normal por parte de seu médico infectologista a equipe de obstetras, enquanto cesáreas eletivas geralmente ocorrem em casos de não tratamento por abandono ou recém diagnóstico (NELVO, 2018). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o trabalho de parto e o parto são evidenciados como momentos de maior chances de transmissão vertical (cerca de 65% dos casos gerais), seguidos dos casos de

transmissão intraútero, especialmente nas últimas semanas de gestação (35% dos casos) e do aleitamento materno após o nascimento. A cirurgia cesariana eletiva é indicada em casos em que há maior ou igual a 1.000 cópias/mL de carga viral, desconhecida ou medida antes da 34^a semana de gestação, e deve seguir cuidados específicos por parte da equipe obstétrica, como: a) menor sangramento possível, b) se possível, manter membranas amnióticas íntegras até retirada da criança, e c) proceder ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, imediatamente após nascimento.

A partir desse contexto, os estudos no campo HIV conformam novos desafios ao considerarem as novas relações que as tecnologias antirretrovirais e a maternidade podem apresentar. Embora o Brasil se destaque como primeira nação em desenvolvimento a implementar um programa nacional de prevenção à transmissão vertical do HIV, com estratégias importantes como, acesso ao aconselhamento e testagem, tecnologias antirretrovirais e fornecimento gratuito de fórmula infantil, que substitui a amamentação fornecida pelo SUS, há pesquisas que reforçam a existência de diferenças regionais significativas neste contexto. Tais diferenças são mais díspares, principalmente, quando comparadas as regiões sul e sudeste com as norte e nordeste do Brasil, sendo que essas últimas revelam maiores deficiências no sistema de saúde e menor uso de antirretrovirais o que determina, conseqüentemente, maiores taxas de transmissão vertical do HIV (ARAÚJO *et al.*, 2014). Estes achados podem indicar que, embora haja associação direta entre o aparecimento de tecnologias farmacológicas e a transmissão vertical do HIV, esta ainda pode estar condicionada a vulnerabilidades sociais. De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) é indicado inclusive, em certos casos, intervenções comunitárias como a Terapia Diretamente Observada (DOT), visto que dados epidemiológicos demonstram uma maior tendência de notificação de casos aids e menores usos contínuos de terapia antirretroviral e, conseqüentemente, proteção ao bebê, entre pessoas em condições de exclusão social, pobreza e baixa escolaridade.

Outros desafios encontrados a partir da inserção de novas tecnologias à vivência da maternidade para mulheres que vivem com HIV, é a importância posta sobre a adesão ao tratamento. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) aponta para a importância do manejo de efeitos colaterais a fim de que não haja malefícios à adesão de gestantes à terapia antirretroviral. Além disso, indica necessidade de que o médico verifique adesão às medicações e, caso a carga viral continue detectável, peça a realização de testes de

genotipagem para indicar melhor troca para esquemas antirretrovirais evitando uso de drogas inativas e custos desnecessários relacionados a troca de drogas.

Nelvo (2018) aponta para o processo de mudanças de hábitos cotidianos, que requerem reaprendizados de sentidos e experiências, bem como acompanhar práticas de monitorização do corpo e introdução ao que o autor denomina como “biomedicalização do parentesco”, isto é, imposição de uma série de limites aos laços de familiares e conjugais, que passam pelo uso correto da medicação como principal tecnologia médica. Pereira (2019) também destaca pesquisas como a realizada pela Organização Mundial da Saúde, em 2006, que identificou estudos que utilizavam apenas orientações focadas em estratégias biomédicas, como explicações sobre benefícios do uso de TARV, possuíam menor efetividade na prevenção da gravidez imprevista e na transmissão vertical, enquanto as estratégias voltadas ao planejamento familiar se mostraram mais efetivas.

As novas tecnologias antirretrovirais, principalmente a partir da instituição do tratamento como prevenção a transmissão vertical e ao parceiro, bem como os avanços terapêuticos permitindo melhorias no bem-estar de mulheres que vivem com HIV podem ter relação com novas percepções, sentimentos e comportamentos em relação ao período gestacional, parto e pós-parto. A partir do contexto já conhecido e exposto acima, este estudo se caracteriza como uma Revisão Sistemática Mista, desta forma, sua realização é justificada pela necessidade da síntese de evidências sobre a temática.

2. OBJETIVOS

Como objetivo principal do estudo:

1. Investigar a maternidade de mulheres vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral (TARV).

Com base neste objetivo principal tem-se como objetivos específicos:

1. Explorar aspectos sobre o uso da Terapia Antirretroviral e prevenção à Transmissão Vertical durante período gestacional, parto e pós-parto pela perspectiva das mulheres que vivem com HIV.
2. Investigar aceitabilidade, adesão, retenção e decisões relacionadas à Terapia Antirretroviral entre mulheres gestantes e puérperas que vivem com HIV, comparando estratégias usadas por essas mulheres e por profissionais de saúde que prestem assistência à elas.
3. Identificar barreiras e facilitadores no cuidado à saúde de casais e/ou mulheres que vivem com HIV, em tratamento com antirretrovirais e que decidam ter filhos biológicos.

3. METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como uma revisão sistemática de modalidade mista (*mixed study review*). Foram identificados, selecionados, avaliados e sintetizados estudos qualitativos e estudos mistos, simultaneamente. A escolha por tal recorte na construção da revisão sistemática está na riqueza da abordagem qualitativa para compreensão de fenômenos em profundidade, e na possibilidade de abordagens mistas como complementares aos achados qualitativos, na construção de dados de suporte às hipóteses levantadas. Tendo em vista a complexidade da temática, a mistura por diferentes estratégias metodológicas fornece possibilidade para alcance de visões mais cooperativas e integradas à diferentes áreas do conhecimento (GALVÃO, RICARTE, 2020)

Pretende-se, com esse trabalho, sistematizar o conhecimento produzido sobre a maternidade de mulheres vivendo com HIV e sua relação com o tratamento antirretroviral, e produzir novas interpretações sobre o fenômeno investigado (OLIVEIRA; MIRANDA; SAAD, 2020). Para o estudo desta população específica – mães e mulheres vivendo com HIV e profissionais de saúde que atuam no atendimento a essas mulheres – considerou-se importância de validação das experiências femininas e de populações vulneráveis, entendendo a possibilidade de narrativa sobre vivências e exposição de opiniões e percepções subjetivas como um direito humano (BOSI, 2003). Cabe assim, destacar a característica única da oralidade para identificação de aspectos coletivos, explorados a partir da reconstrução pessoal da experiência vivida (SCHRAIBER, 1995). O relato de sujeitos sobre suas demandas, experiências e percepções pode proporcionar para validar as experiências femininas. Bosi (2003) destaca a dimensão da narrativa como forma essencial de direito humano.

3.1. Critérios de elegibilidade

3.1.1. Sobre a população do estudo

Mulheres que vivem com HIV e fazem uso de Terapia Antirretroviral (estejam elas, dentro do estudo, pertencendo a um casal ou não), bem como profissionais de saúde que forneçam assistência a essas mulheres durante os períodos descritos (gestação, parto ou pós-parto).

3.1.2. Língua dos estudos selecionados

Artigos científicos nos idiomas português, inglês e espanhol que estejam publicados em revista indexada em bases selecionadas.

3.1.3. Ano da seleção dos estudos:

Não foi realizado nenhum recorte referente aos anos dos estudos selecionados.

As principais justificativas para essa escolha foram: 1. A temática estudada (Terapia Antirretroviral para HIV e a maternidade entre mulheres vivendo com HIV) é relativamente recente, passando a agregar maior quantidade de artigos na literatura a partir principalmente do ano de 1996; 2. foi verificado que o artigo mais antigo encontrado na busca datava de 1992, assim, foi pensada a possibilidade de identificar mudanças temporais e delinear avanços em relação a forma como a temática é abordada no decorrer dos anos; e 3. na busca, o descritor "antirretrovirais" já determinava uma seleção de artigos a partir da data em que esta tecnologia passa a ser utilizada e, portanto, mencionada na literatura.

3.1.4. Fenômeno de interesse

Intervenções e/ou investigações sobre as relações existentes entre maternidade e uso de Terapia Antirretroviral (TARV).

A revisão buscou realizar comparações e análises sobre as seguintes questões: a. Transmissão Vertical do HIV; b. aceitabilidade a medicamentos antirretrovirais, adesão e retenção ao tratamento entre gestantes e puérperas; e c. Estratégias e cuidado à saúde dos participantes e/ou pacientes que vivem com HIV, durante gestação, parto e pós-parto, e decisões frente a maternidade e decisão de ter filhos entre casais onde a mulher vive com HIV e realiza Terapia Antirretroviral.

3.1.5. Desfecho esperado

O desfecho esperado após conclusão das análises foi de que haveria melhorias relacionadas ao avanço das tecnologias antirretrovirais e o cuidado à saúde de mulheres

vivendo com HIV durante período gestacional, parto e pós-parto e prevenção da transmissão vertical.

Quadro 2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none">→ Estudos de metodologia qualitativa ou mista→ Participantes serão mulheres vivendo com HIV durante período gestacional, parto ou pós-parto e que realizam Terapia Antirretroviral e profissionais de saúde que prestem assistência a essas mulheres→ Estudos na língua inglesa, espanhola e portuguesa
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none">→ Estudos realizados apenas com familiares e/ou parceiros(as) individualmente→ Estudos que se enquadrem em outras áreas do conhecimento, como assistência social ou educação→ Artigos de opinião, editoriais, outras revisões bibliográficas ou resenhas

Fonte: Produção própria

3.1.6. Sobre as fontes de Informação

A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, CINAHL, Lilacs, que foram escolhidas por proporcionarem acesso a estudos da área médica, da área de ciências sociais e humanas em saúde e estudos de natureza qualitativa.

3.2. Histórico da busca e adequação dos descritores

Foram utilizados apenas artigos originais e autorizados. Ao montar a estrutura para a revisão, a biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi consultada, auxiliando na checagem da construção de descritores, no levantamento e identificação dos estudos. A última data de busca por artigo, que incluiu todos os artigos citados neste trabalho foi de 07/10/2021.

Todo o histórico de buscas foi registrado e será descrito abaixo. Também é possível encontrar o histórico completo de buscas no *Anexo 2*, com descritores em inglês, espanhol e português.

3.2.1. Primeira busca

“HIV” OR “AIDS” AND “Antiretrovirals” AND “Pregnancy” OR “Childbirth” OR “Postpartum period”

Inicialmente, os descritores utilizados para a procura em bases de dados foram “HIV”, “aids”, “Antirretrovirais”, “Gravidez”, “Parto” e “Período Pós-parto”. No entanto, tendo em vista a grande quantidade de artigos encontrados em apenas uma das bases de dados (138.345 resultados na Pubmed), foi utilizada a busca retirando os descritores “HIV” e “aids” como estratégia para fechamento da busca, considerando que o descritor “Antirretrovirais” já abrange estudos relacionados ao HIV/aids. Além disso, passou-se a utilizar a busca por estudos que apresentassem os descritores apenas no título ou resumo.

3.2.2. Segunda busca

“Anti-Retroviral agents” OR “Agents, Anti-Retroviral” OR “Agents, Antiretroviral” OR “Anti Retroviral Agents” OR “Antiretroviral Agents AND “Pregnancy” OR “Gestation” OR “Pregnancies” OR “Parturition” OR “Birth” OR “Births” OR “Childbirth” OR “Childbirths” OR “Parturitions” OR “Postpartum Period” OR “Period, Postpartum” OR “Postpartum” OR “Puerperium”

Foi a primeira busca oficial, em todas as bases de dados. Realizada em 23 de Junho de 2021, utilizando os descritores “Agentes antirretrovirais”, “Gravidez”, “Parto” e “Período Pós-parto”, bem como seus sinônimos ou termos alternativos, de acordo com o site da Biblioteca Virtual em Saúde que categoriza os descritores em saúde (DeCS).

Foram encontrados 525 artigos, que após exclusão de duplicados se tornaram 301. Destes foram selecionados 84 artigos após leitura do título e resumo. Para esta seleção final, foram considerados como fatores de corte: a) artigos que falassem sobre HIV em crianças, sem remeter a gestação ou ao parto; b) Estudos feitos em outras espécies de animais, como ratos ou chimpanzés; c) Estudos sobre outras infecções virais e que não tinham como foco principal o HIV; d) Estudos que falassem apenas sobre antirretrovirais, sem associação com

maternidade e/ou sem mencionarem que as participantes do estudo viviam com HIV; e) Estudos que abordassem a questão da contracepção.

Nenhum dos artigos selecionados se encaixavam totalmente no critério proposto inicialmente, principalmente por não se tratar de estudos de metodologia qualitativa e por não abordarem a percepção, comportamento ou atitudes de mulheres vivendo com HIV, parceiros e/ou profissionais de saúde frente às metodologias anti-retrovirais no contexto da maternidade.

Após categorização minuciosa dos artigos selecionados, foram encontrados como principais temáticas dos estudos: transmissão vertical, transporte placentário de drogas, recomendações medicamentosas, parâmetros hematológicos, alterações genéticas e congênitas, genotoxicidade e resistência a medicações.

Tendo em vista que a maioria dos artigos selecionados focam em aspectos farmacológicos, foi preciso abrir mão desta estratégia, pensando em novas formas de busca, que se orientassem para o objetivo.

3.2.3. *Terceira busca*

```
“Anti-Retroviral agents” OR “Agents, Anti-Retroviral” OR “Agents, Antiretroviral” OR “Anti Retroviral Agents” OR “Antiretroviral Agents” OR “Anti-HIV Agents” OR “Antiretroviral Therapy” AND “Pregnant women” OR “Women pregnant” OR “Pregnancies” “Postpartum Women” OR “Puerperium” OR “Women, Postpartum” OR “Prenatal Care” or “Antenatal Care” OR “Care Antenatal” OR “Care Prenatal” OR “Parturition” OR “Parturitions” OR “Postpartum Period” OR “Period, Postpartum” OR “Postpartum” OR “Puerperium” NOT “Pharmaco”  
AND Clinical Trial[Filter] OR Randomized Controlled Trial[Filter] OR Review[Filter] OR Systematic Review[Filter]
```

Em nova busca, realizada em 22 de setembro de 2021, foram adicionados os descritores que faziam referência direta às mulheres (“Gestantes”, “Mulheres grávidas”, “Mulheres puérperas”) e adicionados novos descritores que expandissem a ideia de tecnologias antirretrovirais (“Agentes antirretrovirais”, “Terapia com antirretrovirais”, “Agentes anti-HIV”).

Como alternativa para exclusão de artigos focados em aspectos biomédicos, foram excluídos artigos que no título ou resumo falassem como aspectos farmacológicos (NOT

fármaco*). Por fim, para selecionar artigos potencialmente de metodologia qualitativa ou mista, foram utilizados filtros específicos.

Essa busca foi realizada apenas na plataforma do PubMed, tendo como objetivo identificar artigos que se encaixam nos objetivos, a fim de otimizar os descritores e estratégias de busca. Foram encontrados 315 artigos, todos tiveram seus títulos lidos.

3.2.4. *Busca oficial*

Foi percebido que, em geral, a maioria dos artigos que se encaixavam nos objetivos propostos abordavam a questão da adesão ao tratamento com antirretrovirais e incluíam a questão das escolhas reprodutivas. Assim, por fim, em 7 de outubro de 2021 foi pensada uma terceira estratégia de busca, que se tornou a busca oficial conforme apresentado no *Quadro 5*.

O quadro foi organizado listando os descritores (em negrito) e seus sinônimos, em português, inglês e espanhol.

Quadro 3. Descritores utilizados na última busca e estratégias associadas

Português	<p>“Antirretrovirais” ou “ARV” ou “Agentes Antirretrovirais” ou “Antirretroviral” ou “Fármacos Antirretrovirais” ou “Medicamentos Antirretrovirais” ou “Fármacos Anti-HIV” ou “Terapia Antirretroviral” E “Adesão à Medicação” ou “Aderência ao Medicamento” ou Aderência ao Tratamento Medicamentoso ou “Aderência à Medicação” ou “Adesão ao Medicamento” ou “Adesão ao Tratamento Farmacológico” ou “Adesão ao Tratamento Medicamentoso” E “HIV” ou “Vírus da AIDS” ou “Vírus da Imunodeficiência Humana” ou “Vírus de Imunodeficiência Humana” ou “aids” E “Gestantes” e "Grávidas" ou “Mulher Grávida” ou “Mulheres Grávidas” ou “Parturiente” ou “Parturientes” E “Comportamento Reprodutivo” ou “Gravidez” ou “Gestação” OU “Parto” “Alívio” ou “Nascimento” ou “Parição” ou “Parturição” OU “Período Pós-Parto” ou “Puerpério”</p>
Inglês	<p>“Agents, Anti-Retroviral” or “Agents, Antiretroviral” or “Anti Retroviral Agents” or “Antiretroviral Agents” or “Antiretroviral</p>

	<p>Therapy” or “Adherence, Drug” or “Adherence, Medication” or “Compliance, Drug” or “Compliance, Medication” or “Drug Adherence” or “Drug Compliance” AND “HIV” or “Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus” or “Acquired Immunodeficiency Syndrome Virus” or “AIDS Virus” or “AIDS Viruses” or “aids” AND “Pregnant Woman” or “Woman, Pregnant” or “Women, Pregnant” or “Women, Postpartum” or “Postpartum Women” AND “Reproductive Behavior” or “Behavior, Reproductive” or “Pregnancy” or “Gestation” or “Pregnancies” or “Parturition” or “Parturitions” or “Postpartum Period” or “Period, Postpartum” or “Postpartum” or “Puerperium”</p>
Espanhol	<p>“Antirretrovirales” o “ARV” o “Agentes Anti Retrovirales” o “Agentes Antirretrovirales” o “Agentes Antirretrovíricos” o “Antirretrovíricos” o “Fármacos Antirretrovirales” o “Fármacos Antirretrovíricos” o “Fármacos Anti-VIH” o “Terapia Antirretroviral” O Cumplimiento de la Medicación” o “Adherencia a los Medicamentos” o “Adhesión a la Medicación” o “Adhesión al Medicamento” o “Adhesión al Tratamiento Farmacológico” Y “VIH” o “HIV” o “Virus de Inmunodeficiencia Humana” o “Virus de la Inmunodeficiencia Humana” o “Virus del SIDA” o “SIDA” o “aids” Y “Mujeres Embarazadas” o “Embarazadas” o “Mujer Embarazada” Y “Conducta Reproductiva” o “Embarazo” o “Gestación” O “Parto” o “Alumbramiento” o “Nacimiento” o “Nacimiento de Niño” o “Parición” o “Parturición” O “Periodo Posparto” o “Periodo Postparto” o “Periodo de Posparto” o “Periodo de Postparto” o “Puerperio”.</p>

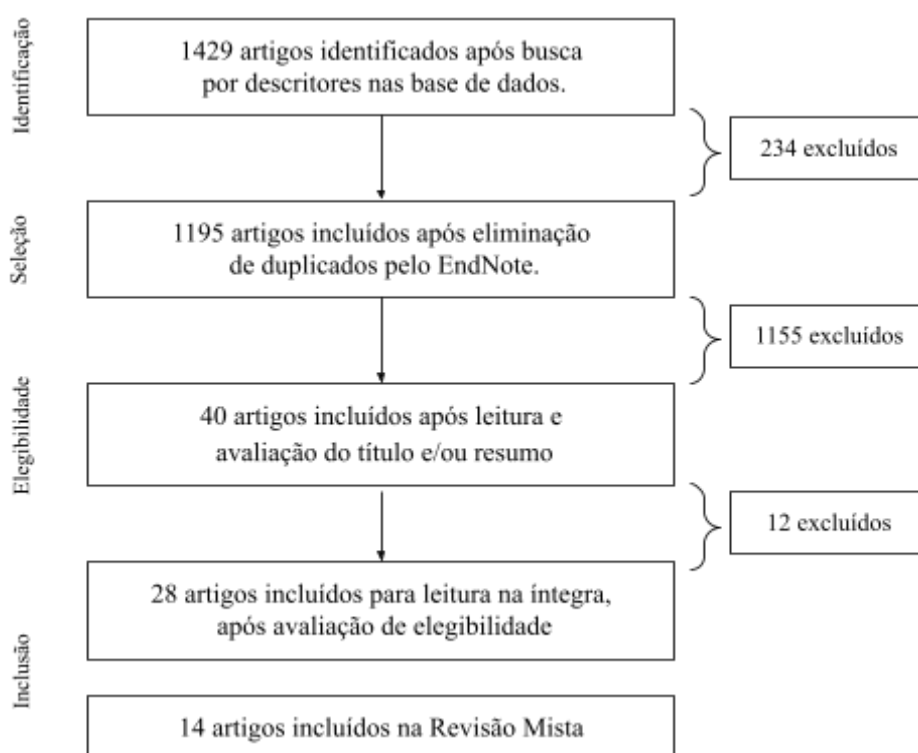
Fonte: Produção própria

3.3. Caracterização da busca e inclusão de estudos

A organização do processo de busca seguiu a seguinte ordenação: 1. Busca por descritores identificados e rastreio inicial; 2. Exclusão de duplicados feitos a partir de triagem

automática no aplicativo *EndNote*³ e posteriormente no *Rayyan*⁴ (*Rayyan* e *EndNote* são instrumentos modernos e informatizados de auxílio à revisão bibliográfica); 3. Avaliação de todas as publicações restantes por título e/ou resumo; 4. Exclusão de artigos que não se encaixam em critérios de elegibilidade; 5. Análise das publicações incluídas a partir de leitura na íntegra; 6. Realização da revisão a partir dos artigos analisados. O fluxograma abaixo fornece informações sobre número de artigos encontrados em cada parte do processo de busca e inclusão.

Quadro 4. Fluxograma do processo de busca dos artigos



Fonte: Produção própria, utilizando recurso do Google Docs.

³ O *EndNote Web* é um gerenciador de referências desenvolvido pela Editora Thomson Reuters, empresa multinacional de parceria canadense-britânica sediada em Toronto, no Canadá, atualmente *EndNote Online* desenvolvido pela empresa *Clarivate Analytics*, em 2016. De acordo com o site oficial do *EndNote* (<https://endnote.com/>) é um *software* “acelerador de pesquisa”, que auxilia na economia de tempo, organização de documentos, colaboração entre colegas e publicação. Algumas de suas funcionalidades são: armazenamento de dados *online*, por nuvem, em pastas no desktop ou Ipad, visualização de alterações propostas por colegas em biblioteca compartilhada, criação de regras automáticas de organização, deduplicação de conteúdo rápida e pesquisa por identificadores exclusivos, atualização por links, anotações e PDF.

⁴ De acordo com o Site oficial do *Rayyan* (<https://www.rayyan.ai/>), esse aplicativo é descrito facilitador de “revisões sistemáticas inteligentes”, desenvolvido pelo QCRI (*Qatar Computing Research Institute*), onde é possível criar diferentes revisões de literatura com gerenciamento de colaboradores e suas funções em cada uma delas. Entre as ferramentas disponíveis estão: detecção de referências/artigos duplicados, triagem a partir de ferramentas como ranking de relevância, filtros e categorização, leitura organizada de título e resumos, bem como inclusão de PDF com adição de textos completos.

Como exposto acima, a primeira etapa da busca resultou em 1429 artigos, distribuídos entre as bases de dados: Pubmed (141 artigos), Embase (167 artigos), Lilacs (Nenhum artigo correspondente a estratégia completa de busca), CINAHL (65 artigos), Web of Science (115 artigos) e Scopus (941 artigos).

Gráfico 1. Busca por descritores em cada base de dados

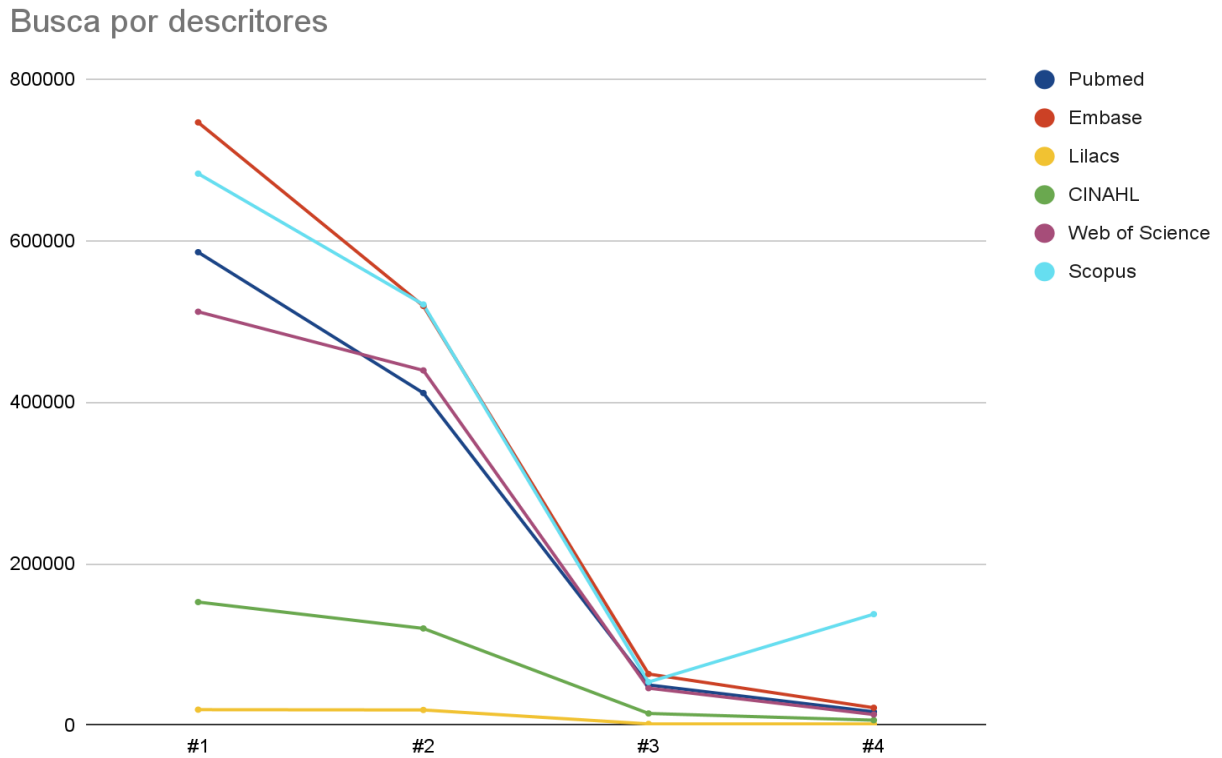


Tabela 1. Busca por descritores em cada base de dados

	Descritores da busca	Pubmed	Embase	Lilacs	CINAHL	Web of Science	Scopus
#1	“Reproductive Behavior” OR “Behavior, Reproductive” OR “Pregnancy” OR “Gestation” OR “Pregnancies” OR “Parturition” OR “Parturitions” OR “Postpartum Period” OR “Period, Postpartum” OR “Postpartum” OR “Puerperium”	586.040	746.893	19.036	152.389	512.217	683.382
#2	“HIV” OR “Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus” OR “Acquired Immunodeficiency Syndrome Virus” OR “AIDS Virus” OR “AIDS Viruses” OR “aids”	411.487	519.419	18.669	119.709	439.522	521.296

#3	“Agents, Anti-Retroviral” OR “Agents, Antiretroviral” OR “Anti Retroviral Agents” OR “Antiretroviral Agents” OR “Antiretroviral Therapy” OR “Adherence, Drug” OR “Adherence, Medication” OR “Compliance, Drug” OR “Compliance, Medication” OR “Drug Adherence” OR “Drug Compliance”	49.691	63.218	1.382	14.342	45.691	53.279
#4	“Pregnant Woman” OR “Woman, Pregnant” OR “Women, Pregnant” OR “Women, Postpartum” OR “Postpartum Women”	16.411	21.401	1.383	5.996	13.038	137.390
T	#1 AND #2 AND #3 AND #4	141	167	0	65	115	941

Fonte Gráfico 1 e Tabela 1: Produção própria, utilizando recursos do Word.

A busca dos descritores em cada uma das bases de dados seguiu padrões semelhantes, sendo que a busca por descritores sobre reprodução, gestação, parto e pós-parto (busca 1) teve maior número de achados, seguido pela busca de descritores sobre HIV e aids (busca 2) e da busca sobre antirretrovirais (busca 3) e, por fim, a busca centrada na categoria mulheres gestantes ou mulheres puérperas (busca 4). Houve um padrão diferente apenas na base de dados do Scopus, onde foram encontrados mais artigos na busca 4 do que na busca 3. Esse padrão diferente provavelmente foi o responsável pelo maior número de artigos nesta base de dados no geral (busca 1+2+3+4) com 941 achados, enquanto as outras bases não ultrapassaram 488 achados em conjunto. A base de dados Lilacs não apresentou nenhum artigo após busca completa, resultado que está relacionado também ao número reduzido de artigos contidos em cada uma das buscas separadamente.

No processo de checagem dos artigos selecionados foram necessárias outras pesquisadoras, que auxiliaram na escolha final dos estudos da revisão. Nas análises do conteúdo encontrado na busca, os motivos para exclusão puderam ser organizados a partir do website *Rayyan*, facilitando as análises e a seleção final. A tabela abaixo relata estes motivos, bem como a quantidade de achados excluídos em cada etapa:

Tabela 2. Quantidade de artigos excluídos, separadas por motivos para exclusões

Motivos para exclusão	Total de artigos incluídos a priori: 1429 Quantidade de achados excluídos
Duplicados identificados pelo <i>EndNote</i> e <i>Rayyan</i> ou identificados pela pesquisadora	575
Apresentarem apenas metodologia quantitativa (entre eles: experimentos realizados em laboratório, estudo de farmacocinética, segurança, efetividade e viabilidade farmacológica de drogas, pesquisas sobre resistência genômica, análises de custo-efetividade, trabalhos descritivos e/ou de prevalência, estudos de características demográficas, aspectos epidemiológicos e/ou estatísticos, estudos de caso em seu aspecto biomédico, entre outros).	530
Estudos de revisão, levantamentos bibliográficos ou atualizações sobre o tema (entre eles: revisões sistemáticas e artigos que descreviam experiências práticas e diretrizes técnicas sobre a temática, entre outros)	187
Análises incluíam outras infecções, doenças ou condições de saúde, que não estavam relacionadas unicamente ao HIV.	45
Tratava-se de estudos que não contemplavam os participantes selecionados no critério de inclusão (entre eles: estudos realizados apenas com filhos e/ou com parceiras de mulheres que vivem com HIV e pesquisas com mulheres que vivem sem HIV).	16
Não apresentavam qualquer relação com a temática da terapia com antirretrovirais	8
	Total de artigos que permanecem: 68

Fonte: Produção própria

Destes 68 artigos, 28 foram adicionados na categoria “talvez”, pois se encaixavam parcialmente nos critérios de seleção, no entanto, nenhum deles foi selecionado na inclusão final realizada com base nas concordâncias e divergências entre as pesquisadoras.

Sem considerar qualquer divergência entre as pesquisadoras, 40 artigos foram selecionados. Após considerações de todas as pesquisadoras envolvidas, foram escolhidos os estudos que seriam lidos na íntegra (n=28), a partir dos critérios predeterminados para inclusão e exclusão, seguindo recorte populacional dos estudos levantados, o interesse de pesquisa e desfecho esperado.

Por fim, 14 artigos foram selecionados para revisão, que estão abaixo identificados por título (em inglês, conforme busca), autores principais, ano de publicação, país (de origem dos participantes e de origem dos autores) e tipo de método:

Quadro 5. Artigos selecionados, separados por título, autores, ano, países e tipo

	Título	Autores	Ano	País de origem dos participantes	País de origem dos autores	Tipo
1	Understanding Antiretroviral Treatment Adherence Among HIV-Positive Women at Four Postpartum Time Intervals: Qualitative Results from the Kabeho Study in Rwanda	GILL, M. <i>et al.</i>	2017	Ruanda	Ruanda; Estados Unidos	Qualitativo
2	"This is My Life We are Talking About": Adaptive Strategies for HIV Care Retention and Treatment Adherence Among Postpartum Women Living with HIV in Cape Town, South Africa	WEBER, A. Z. <i>et al.</i>	2020	África do Sul	Estados Unidos; África do Sul	Qualitativo
3	Investigating the implementation of differentiated HIV services and implications for pregnant and postpartum women: A mixed methods multi-country study	CHIMUKUCHE, R. <i>et al.</i>	2021	Tanzânia; África do Sul; Malawi	África do Sul; Inglaterra; Malawi e Tanzânia	Misto
4	"I will not let my HIV status stand in the way." Decisions on motherhood among women on ART in a slum in Kenya- a qualitative study	AWITI UJJI, O. <i>et al.</i>	2010	Quênia	Suécia; Quênia	Qualitativo
5	Factors affecting adherence to antiretroviral therapy among	ADENIYI, O. <i>et al.</i>	2018	África do Sul	África do Sul; Nigéria;	Misto

	pregnant women in the Eastern Cape, South Africa				Irlanda	
6	HIV testing among pregnant women living with HIV in India: Are private healthcare providers routinely violating women's human rights?	MADHIVANAN, P. <i>et al.</i>	2014	Índia	Estados Unidos; Índia	
7	Exploring fertility decisions among pregnant HIV positive women on antiretroviral therapy at a health centre in Balaka, Malawi: A descriptive qualitative	BISECK, T. <i>et al.</i>	2015	Malawi	Malawi	Qualitativo
8	Understanding women's uptake and adherence in option b+ for prevention of mother-to-child hiv transmission in papua, Indonesia: A qualitative study	LUMBATORUA N, C. <i>et al.</i>	2018	Indonésia	Austrália; Indonésia	Qualitativo
9	Self-efficacy and antiretroviral therapy adherence among hiv positive pregnant women in south-west nigeria: A mixed methods study	AREGBESOLA, O.H; ADEOYE, I. A.	2018	Nigéria	Nigéria	Misto
10	The infant feeding choices and experiences of women living with HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo	MAMAN, S <i>et al.</i>	2012	Congo	Estados Unidos; Congo	Qualitativo
11	Pregnancy decisions among HIV-positive pregnant women in Mulago Hospital, Uganda	KISAKYE, P. <i>et al.</i>	2010	Uganda	Uganda	Qualitativo
12	Reasons for poor adherence to antiretroviral therapy postnatally in HIV-1 infected women treated for their own health: Experiences from the Mitra Plus study in Tanzania	NGARINA, M. <i>et al.</i>	2013	Tanzânia	Suécia; Tanzânia	Qualitativo
13	Antiretroviral therapy helps HIV-positive women navigate social expectations for and clinical recommendations against childbearing in Uganda	KASTNER, J. <i>et al.</i>	2014	Uganda	Canadá, Uganda e Estados Unidos	Qualitativo
14	Lessons learned from the PMTCT program in Swaziland: challenges with accepting lifelong ART for pregnant and lactating women - a qualitative study	KATIRAYI, L. <i>et al.</i>	2016	Suazilândia	Noruega, Estados Unidos e Suazilândia	Qualitativo

Fonte: Produção própria

3.4. Processo de coleta de evidências

Cada um dos artigos selecionados, conforme critérios de elegibilidade já descritos, foi organizado em tabela do Excel que contava com informações básicas contidas no *Quadro 7* (Nome, Autores, Ano de publicação, País de origem dos participantes, País de origem dos autores, Tipo de metodologia) e também colunas com descrição dos principais achados recortados a partir da leitura na íntegra. Com base nas hipóteses iniciais foram utilizadas as seguintes temáticas para recortes de cada um dos artigos analisados: a. Participantes do estudo; b. Metodologia adotada; c. Lacunas da pesquisa; d. Fatores importantes relacionados a território/região; e. Parto (tipo parto, local, características, existência de práticas violentas); f. Saúde mental; g. Informações sobre nutrição/alimentação/amamentação; h. Informações sobre Terapia Antirretroviral; i. Resumo de resultados e j. Recortes importantes na íntegra.

Nem todas as temáticas de recortes tiveram achados relevantes, sendo que algumas das análises foram feitas posteriormente à leitura total dos achados. Assim, foi adicionado a esta tabela do Excel um espaço livre para análises e conclusões posteriores, buscando focalizar os pontos importantes de convergência relacionados às temáticas nos critérios primários de seleção. As colunas adicionadas foram, portanto: a. Principais conclusões do artigo; b. No contexto investigado pelo artigo, quais as problemáticas enfrentadas pelas mulheres vivendo com HIV no contexto da maternidade e terapia antirretroviral?; c. No contexto investigado pelo artigo, quais as problemáticas enfrentadas por profissionais de saúde que atendem mulheres vivendo com HIV no contexto da maternidade e terapia antirretroviral?; e d. Quais as propostas apresentadas pelo artigo para enfrentamento das problemáticas descritas?

Quadro 6. Etapas do processo de coleta de evidências dos artigos selecionados

Lista de dados e evidências extraídas	
Informações básicas	<ul style="list-style-type: none">• Nome do artigo• Autores principais• Ano de publicação em revista científica• País de origem dos participantes do estudo• País de origem dos autores do estudo

	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de metodologia
Temática evidenciada	<ul style="list-style-type: none"> • Categoria 1. Relação com o filho • Categoria 2. Relação com o tratamento • Categoria 3. Práticas em serviços de saúde • Categoria 4. Decisão de engravidar
Achados gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção e descrição dos participantes • Escolha e descrição dos métodos e ferramentas utilizadas para coleta de dados • Lacunas do estudo, apontadas pelos autores • Fatores importantes relacionados aos territórios do estudo • Dados sobre tipo de parto, local de parto, características e existência ou não de práticas obstétricas violentas • Saúde mental e estigma • Informações sobre nutrição e alimentação da mãe ou família e amamentação do filho • Informações sobre Terapia Antirretroviral, tipo de medicamento, reações adversas e adesão • Resumo de resultados do estudo • Recortes importantes na íntegra
Análises e propostas práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Principais conclusões do artigo • No contexto investigado pelo artigo, quais as problemáticas enfrentadas pelas mulheres vivendo com HIV no contexto da maternidade e terapia antirretroviral? • No contexto investigado pelo artigo, quais as problemáticas enfrentadas por profissionais de saúde que atendem mulheres vivendo com HIV no contexto da maternidade e terapia antirretroviral? • Quais as propostas apresentadas pelo artigo para enfrentamento das problemáticas descritas?

Fonte: Produção própria

3.5. Processo de análise de evidências

A partir dos resultados encontrados foi produzido um relatório que sintetizou evidências e análises de forma a produzir novas interpretações sobre o fenômeno investigado. Este trabalho pretendeu contribuir para o pensamento crítico acerca do uso de tecnologias antirretrovirais entre mulheres vivendo com HIV, em especial relacionadas à reprodução e vivência da maternidade.

A leitura inicial de todos os títulos dos achados e, posteriormente, resumos, proporcionou levantar temáticas principais surgidas na literatura geral. Assim, a primeira análise de evidências buscou categorizar as temáticas centrais evidenciadas nos estudos.

Identificou-se que, estudos sobre maternidade e uso de Terapia Antirretroviral (TARV) sob a perspectiva das mães, gestantes e puérperas vivendo com HIV ou profissionais de saúde que prestavam assistência a essas mulheres, de modo geral, propunham investigar, intervir, comparar e analisar os seguintes aspectos:

- a. Gestão de risco de Transmissão Vertical (TV) do HIV e relação com o filho;
- b. Aceitabilidade a medicamentos antirretrovirais, adesão e retenção ao tratamento;
- c. Estratégias e cuidados à saúde durante gestação, parto e/ou pós-parto;
- d. Desejo e decisões frente a maternidade entre casais onde a mulher vive com HIV.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Síntese de Resultados

Frente aos principais objetivos das análises, citados acima em 4.5 *Processo de análise de evidências*, os estudos foram categorizados em 4 principais temáticas de investigação, que foram organizados no *Quadro 7*, abaixo, conforme significado da categoria, numeração do artigo onde o tema é encontrado e número total de artigos em cada categoria, sendo que cada artigo poderia se encaixar em mais de uma categoria.

Quadro 7. Temática de investigação dos estudos conforme categorias de análise criadas

Temáticas centrais de investigação				
	RELAÇÃO COM O FILHO	RELAÇÃO COM O TRATAMENTO	PRÁTICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	DECISÃO DE ENGRAVIDAR
	Estudos que abordavam a maternidade em relação aos cuidados específicos com o filho, amamentação e prevenção da transmissão vertical	Estudos que tratavam da gestação, parto e pós-parto e a relação com aceitação a medicamentos antirretrovirais, adesão ao tratamento aos serviços de saúde	Estudos que investigavam estratégias de profissionais de saúde no cuidado à saúde durante gestação, parto e/ou pós-parto de Mulheres vivendo com HIV	Estudos sobre decisões de mulheres que vivem com HIV e casais onde a mulher vive com HIV frente a maternidade e/ou desejo de ter filhos
Estudos incluídos	[10]	[1, 2, 5, 9, 12, 13]	[3, 9, 14]	[4, 7, 8, 11, 13]
Total de achados:	1	6	3	4

Fonte: Produção própria

O ano de publicação dos estudos variou entre 2010 e 2020, período em que já era conhecida a terapia tripla e os benefícios da supressão viral do HIV eram altamente difundidos no campo acadêmico e práticas em saúde. O recorte pela temática da Terapia Antirretroviral pode ter sido fator de orientação das temáticas encontradas que estiveram, em sua maioria, relacionadas à adesão ao tratamento e à decisão de engravidar.

4.1.1. Aspectos metodológicos dos estudos

Uma vez que um dos critérios para elegibilidade era a metodologia do tipo qualitativa ou mista, foi possível identificar determinados métodos de coleta e produção de dados mais presentes: 1. entrevistas em profundidade e 2. discussões em grupos focais.

Quadro 8. Aspectos metodológicos dos estudos selecionados

Aspectos metodológicos	
Método de coleta	Participantes
Entrevistas em profundidade	<ul style="list-style-type: none"> • 112 puérperas, separadas em 3 diferentes momentos com 28 participantes em cada grupo: com filhos entre 7 e 12 meses de idade; entre 13 e 18 meses (interrupção da amamentação); e 21 a 24 meses (resultado definitivo sorologia da criança). [1] • 21 mulheres em período pós-parto e de introdução em clínica em MCH [2] • 87 participantes, entre eles: mulheres que vivem com HIV e usam cuidados pré-natais ou serviços de HIV, seus parceiros e prestadores de serviços de HIV. [3] • 10 gestantes, 8 puérperas e 5 mulheres que viviam com HIV e pretendiam engravidar. O critério para escolha era que não estivessem em HAART por mais de seis meses [4] • 177 parturientes que deram a luz em maternidades da região e que tiveram má adesão autoreferida [5] • 14 mulheres que vivem com HIV e que deram à luz recentemente (até 2 meses anteriores às entrevistas). Todas haviam recebido cuidados pré-natais voltados para o HIV/aids e eram maiores de idade [6] • 35 mulheres grávidas, em uso de TARV e faixa etária reprodutiva [7] • 20 mulheres grávidas e puérperas vivendo com HIV, com nascidos vivos, e 20 profissionais de saúde de PTV [8] • 5 profissionais de saúde selecionados para as entrevistas com informantes-chave (2 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira, 1 monitora e 1 farmacêutico) [9] • 40 mulheres que vivem com HIV e que estavam grávidas ou deram a luz recentemente [10] • 22 mulheres vivendo com HIV, separadas entre 7 que haviam recebido terapia anti-retroviral antes e durante a gravidez e 9 que começaram TARV durante a gravidez [11] • 23 mulheres vivendo com HIV e que apresentavam carga viral detectável aos 24 meses pós-natal [12] • 25 mulheres vivendo com HIV e que estavam recebendo TARV e gestantes entre o 2º e 3º trimestre (13 a 28 semanas ou 28 a 40 semanas) [13] • 83 entrevistas com puérperas vivendo com HIV, recrutadas quando retornavam para visita de imunização da criança em 6 ou 10 semanas. Foram divididas entre 50 haviam optado por iniciar TARV e 33 não haviam iniciado [14]
Discussões em Grupo focal	<ul style="list-style-type: none"> • 2 grupos focais, cada um com 9 mulheres gestantes vivendo com HIV [9] • 6 grupos focais, cada um com cerca de 6 a 10 mulheres, envolvendo um total de 45 mulheres vivendo com HIV e mães [11] • 7 grupos focais, cada um com cerca de 5 a 11 participantes. 4 foram discussões em inglês com enfermeiras empregadas por, no mínimo, 1 ano em unidades de cuidado materno-infantil e 3 no idioma local com mulheres

	pósparto (2 com mulheres que iniciaram TARV e um com com mulheres que não iniciaram TARV) [14]
Questionário	<ul style="list-style-type: none"> • 608 mulheres vivendo com HIV e mães, responderam questionário sociodemográfico e perguntas com diferentes tópicos, como: adesão medida pelo auto-relato de recordação de doses perdidas nos últimos 3 dias, efeitos colaterais experimentados no último mês, práticas atuais de amamentação, tempo aconselhado sobre TARV, recebimento de suplementação alimentar e mudanças na rotina doméstica [1] • 1709 parturientes que deram à luz na maternidade. O instrumento sondava adesão a TARV, com escala de 0 a 2 (reabastecimento mensal a farmácia sim/não e autorelato de adesão durante gravidez) [5] • 126 gestantes vivendo com HIV, inscritas em programas de PTV e em TARV há pelo menos oito semanas. Os instrumentos utilizados foram a ferramenta CASE (Center for adherence support evaluation) validada em 2006, que mede adesão auto relatada, questões adaptadas do HIV-ASES, para autoeficácia na adesão e questionário de dados sociodemográficos. Dados analisados no SPSS [9] • 25 mulheres vivendo com HIV e que estavam recebendo TARV e gestantes entre o 2º e 3º trimestre (13 a 28 semanas ou 28 a 40 semanas). O questionário foi apresentado antes da entrevista e continha dados como: idade da paciente, nível educacional estado civil, número de filhos, data do diagnóstico de HIV, duração do uso de TARV, status de HIV do pai da gravidez atual e, se positivo, uso de TARV pelo parceiro [13]

Fonte: Produção própria

4.1.2. *Perfil sociodemográfico dos participantes dos estudos*

Foi possível perceber que, nos estudos selecionados, havia uma relação prévia da região de origem dos participantes e a escolha pelo estudo sobre maternidade em mulheres vivendo com HIV, geralmente guiada por critérios de renda média da população, taxas de natalidade, prevalência do HIV (na população geral, por gênero, entre gestantes e infantil).

A maioria dos estudos estava investigando participantes residentes de áreas pobres [2, 3, 4], com altas prevalências de HIV na população geral [3, 4, 6, 13] e entre gestantes [14] e também foram relatadas altas taxas de infecções pré-natal entre crianças [2, 9]. Por vezes é citado que as porcentagens de mulheres infectadas chegam a superar a de homens infectados, como é o caso de Karonga, distrito da zona rural ao norte de Malawi que, segundo o artigo, registrava prevalência entre mulheres de 10,5% comparada a 8,7% entre homens [3].

Em relação à fonte de renda familiar, são relatados empregos informais [4], agricultura de subsistência [3] e trabalhos domésticos entre as mulheres [4].

4.2. Aspectos geográficos

Ficou evidente como os aspectos territoriais influenciam a produção do conhecimento sobre o tema em questão, ao se analisar a distribuição geográfica dos participantes das pesquisas e das instituições apoiadoras das pesquisas.

Como território, entende-se o espaço concreto, com características naturais e socialmente construídas, ocupado por determinado grupo social, que passa a depender do território para ser compreendido, construindo sua identidade sócio-cultural. Ao abordar a territorialidade de maneira mais crítica e abrangente, o território vai se constituir como um campo de forças, que delimita diferenças e limites entre “nós” e “outros”. (SOUZA, 2000) Neste caso, há dois espaços distintos: “locais de pesquisa” e “origem dos pesquisadores”, os países e continentes que detêm os recursos para produção de tecnologia e aqueles que recorrem a estes recursos para produzir o conhecimento.

Diante dos artigos selecionados, foi identificado que a maior parte deles era composto por pesquisas com participantes de países africanos. Assim, decidiu-se realizar também a coleta de dados sobre nacionalidade dos autores dos artigos em questão, que apontou para grande parte de autores dos Estados Unidos e países europeus. Essa característica consiste, ao mesmo tempo, em uma limitação do estudo, por abranger suas análises a um certo recorte territorial, e uma oportunidade, a partir do entendimento de significados decorrentes do aprofundamento de análises sobre esta limitação.

Características regionais podem influenciar em alguns resultados encontrados nos estudos: os tipos e categoria de antirretrovirais utilizados pelas participantes, as taxas de natalidade encontradas, a informação a respeito dos benefícios de tratamento, a infraestrutura dos centros de pesquisa, crises econômicas e os recursos limitados relacionados à saúde, tipo de vírus encontrado (HIV-1 e HIV-2) e as resistências a medicamentos, perfil de pessoas vivendo com HIV aids e a forma de acesso ao tratamento.

Abaixo será apresentada lista de países de origem dos participantes e pesquisadores conforme quantidade de estudos encontrados, seguido de mapas elaborados com coloração realçando a região dos estudos.

Tabela 3. Estudos encontrados, separados segundo nacionalidades

País	Número de estudos	
	Origem dos participantes	Origem dos pesquisadores
África do Sul	3	3
Malawi	2	2
Tanzânia	2	2
Uganda	2	2
Índia	1	1
República Democrática do Congo	1	1
Indonésia	1	1
Nigéria	1	1
Ruanda	1	1
Quênia	1	1
Suazilândia	1	1
Estados Unidos	0	6
Suécia	0	2
Noruega	0	1
Inglaterra	0	1
Irlanda	0	1
Austrália	0	1
Canadá	0	1

Fonte: Produção própria

Imagem 7. Mapa mundi com destaque para as principais nacionalidades dos participantes



Imagem 8. Mapa mundi com destaque para as principais nacionalidades dos autores eh



Fonte Imagens 5 e 6: Produção própria, com distribuição dos dados em mapa utilizando o programa *Infogram*

4.2.1. Implementação da Estratégia B+

A menção às estratégias de Opção A, Opção B e Opção B+ se repetem em diferentes artigos encontrados. As estratégias representam marcos mundiais do enfrentamento da transmissão materno-infantil do Vírus da Imunodeficiência Humana.

De acordo com recomendações para abordagens de saúde pública sobre “Medicamentos antirretrovirais para tratamento de mulheres grávidas e prevenção da infecção por HIV em bebês”, realizada pela Organização Mundial de Saúde (2010) havia, na época, duas recomendações principais relacionadas a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV): 1. Tratamento com ARV em mulheres vivendo com HIV também é seguro e eficaz para a redução da transmissão materno-infantil do HIV; e 2. Profilaxia ARV previne a transmissão vertical durante a gravidez, parto e amamentação para aquelas mulheres que não necessitavam de tratamento para HIV.

Sendo assim, a TARV era recomendada apenas para mulheres com contagem de CD4 inferior a 350 células/mm³ ou em determinados estágios clínicos (níveis 3 ou 4) delimitados pelo documento. No caso das mulheres que se enquadraram nesses critérios os medicamentos antirretrovirais eram utilizados para tratamento da própria saúde e para prevenção TV, além disso, os filhos recebiam dose diária de Nevirapina ou Zidovudina duas vezes ao dia desde o nascimento até 4 a 6 semanas de vida.

Aquelas que não se encaixavam nos critérios (CD4 maior que 350 células/mm e estágios clínicos 1 e 2) não necessitavam de tratamento para sua própria saúde e, portanto, deveria ser oferecido, a elas e aos bebês, profilaxias de curta duração, que poderia ocorrer de duas formas: “Opção A”, AZT Materno e Profilaxia ARV infantil, ou “Opção B”, Profilaxia ARV tripla materna.

Quadro 9. Recomendações de esquemas antirretrovirais das Opções A e B

Opção A	Opção B
<p>Mãe: Zidovudina duas vezes ao dia a partir de 14 semanas de gestação. No início do trabalho de parto recebiam dose única de Nevirapina. Zidovudina e Lamivudina duas vezes ao dia por 7 dias pós-parto.</p> <p>Filho: Nevirapina diária desde o nascimento até 4 a 6 semanas ao bebê que amamenta, até uma semana após fim da amamentação. Aos bebês que recebem alimentação substitutiva</p>	<p>Mãe: Profilaxia tripla a partir da 14a. semana de gestação até o parto ou, se amamentando com leite materno, continuada após 1 semana do término da amamentação.</p> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir• ou Zidovudina + Lamivudina + Abacavir• ou Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz• ou Tenofovir + Lamivudina (ou Emtricitabina) + Efavirenz•

Nevirapina diária ou dose única de Nevirapina com Zidovudina duas vezes ao dia, do nascimento até 4 a 6 semanas.	Filho: Nevirapina diário ou Zidovudina duas vezes ao dia, do nascimento até 4 a 6 semanas, independente do modo de alimentação.
--	--

Fonte: OMS (2010), tabela traduzida e adaptada da “Tabela 2 - Opções de profilaxia ARV recomendadas para gestantes infectadas pelo HIV que não precisam de tratamento para sua própria saúde”

Mais tarde, o termo “Opção B+” passa a ser utilizado pela OMS (2013) para se referir a recomendação de que todas as gestantes e lactantes vivendo com HIV deveriam iniciar TARV durante gravidez e, além disso, uma vez iniciado durante gestação o tratamento com medicamentos antirretrovirais deveria ser continuado ao longo da vida. Essa diretriz se insere dentro de um escopo mais amplo que visava a ampliação gradual do tratamento, de forma a atingir todas as pessoas vivendo com HIV. A Organização Mundial da Saúde indicou a necessidade de implantação da Opção B+ em locais de alta prevalência, sendo a inclusão das gestantes independente da contagem de células de CD4 ou estágio clínico da paciente.

“As Opções B e B+ tem o mesmo regime para profilaxia e tratamento, com início sem necessitar de contagem de CD4, porém na opção B existe a possibilidade de encerrar o tratamento após o parto e na opção B+ o tratamento será vitalício” (LIMA, 2018, p.8).

De acordo com os achados a Opção B+, recomendada pela OMS em 2013, começou a ser implantada no Malawi em 2011 [3], em 2012 em Ruanda (em abril) [1] e na Indonésia [8], na Tanzânia em 2013 [3], na Suazilândia em outubro de 2014 [14] e na África do Sul em 2015 [3]. Houve também casos em que os estudos foram realizados antes da implementação da Opção B+, como é o caso do Quênia [4].

Em relatório, sobre a implementação da Opção B+ em países de língua portuguesa, foi possível identificar que a escolha pela implementação da B+ não significa necessariamente a transição completa para a estratégia, uma vez que tais recomendações têm sua implementação gradual nos sistemas e dependem de cada realidade. Embora o relatório tenha apontado início da implementação da Estratégia B+ em 2012, no caso de Angola, e em 2013, em países como Brasil, Portugal e Moçambique é indicado pela autora na conclusão do relatório, em 2016, que apenas alguns países se encontravam com a implementação em modo completo (Brasil, Cabo Verde e Portugal). A maioria passava por transições entre Opção B e A para a Opção B+ (Angola, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé) e algumas ainda não haviam implementado a estratégia, como o caso da Guiné Equatorial (LIMA, 2018).

Posteriormente, em 2015, a OMS passou a expandir suas recomendações para o tratamento universal para todas as pessoas vivendo com HIV, independente de gestação

(WHO, 2015). De acordo com estudo [3] essa abordagem é conhecida como UTT (*Universal Test and Treat*) e foi adotada por parte da África Meridional e Oriental alguns anos após a opção B+.

Quadro 10. Situação de programas de PTV do HIV nos artigos estudados

Situação nacional no período de estudo	
Tratamento e testagem universal	3 artigos - [2; 3; 5]
Opção B+ totalmente implementada	4 artigos - [1; 7; 8; 9]
Opção A e Opção B em vigência	6 artigos - [6; 10; 11; 12; 13; 14]
Anterior às estratégias (Tratamento ainda não era oferecido como política pública)	-
Estudo realizado em serviço de saúde apoiado por Organização Não-Governamental	1 artigo - [4]

Fonte: Elaboração própria

Descrever a situação nacional dos estudos, principalmente sobre implementação do tratamento universal, da Opção B+ e/ou outras estratégias anteriores é importante para entender o contexto em que as entrevistas são realizadas.

A existência de estratégias como Opção A e B ou Opção B+ oportunizou tratamento e/ou profilaxias com antirretrovirais entre mulheres em diversos países, em momentos em que a intervenção medicamentosa ainda não era universalizada. Muitos destes países registravam, diferente do Brasil, transmissões do HIV principalmente por via heterossexual e alta taxas de natalidade.

4.2.2. Políticas públicas para HIV em contextos de recursos limitados

Em relatório produzido pela Unaid (2021b) são levantados 5 elementos críticos no enfrentamento global da pandemia de AIDS. São eles: 1. Infraestrutura liderada pela comunidade e baseada na comunidade; 2. Acesso equitativo a medicamentos, vacinas e tecnologias de saúde; 3. Apoio aos trabalhadores de linha de frente da pandemia; 4. Direitos Humanos no centro da resposta à pandemia; e 5. Sistema de dados centrados nas populações vulneráveis e desigualdades.

Atualmente, na África Subsaariana, os números relacionados à infecção do HIV são

muito superiores entre meninas e mulheres adolescentes em comparação com meninos e homens. Embora seja destacado que os homens têm menos probabilidade de alcançar aos serviços de teste e tratamento, o relatório aponta como barreiras determinantes para esta desigualdade resultando em maiores taxas de infecção, a pobreza e a falta de escolaridade, indicando como estratégia fundamental de enfrentamento da questão a ampliação de medidas para manter as meninas na escola (UNAIDS, 2021b).

Alguns dos estudos pesquisados coletaram informações sobre a escolarização das mulheres vivendo com HIV participantes de entrevistas e grupos focais. Em geral, possuíam baixa ou nenhuma escolaridade. No estudo realizado em Ibadan, Estado de Oyo, na Nigéria, 72,2% das entrevistadas tinham menos do que o ensino médio e 77% ganhavam menos de 60 dólares mensais [9]. Em pesquisa realizada nos Distritos de Mysore, em Karnataka e Pune, em Maharashtra, ambos na Índia, metade das participantes entrevistadas não tinha escolaridade e a outra parte tinha no máximo nove anos de estudo, além disso, foram relatadas como as principais ocupações: dona de casa (11) e diarista (3) [6].

Embora um estudo tenha encontrado achados de que o nível educacional mais baixo (1ª a 6ª série) se relaciona à maior propensão por relatar adesão completa, quando comparadas à mulheres mais escolarizadas (de 7ª a 12ª série e com nível terciário de ensino) [5], é indicado na literatura que a pobreza e falta de escolaridade podem se apresentar como barreiras ao acesso a serviços de saúde, afetando diretamente na possibilidade de reivindicação de direitos sexuais, reprodutivos e de saúde. São apontados dados de uma pesquisa com 32 países, indicando que nações enquadradas como mais pobres têm também menores taxas de acesso de mulheres ao planejamento familiar (UNAIDS, 2021b).

Mas, não apenas as desigualdades individuais refletem em aspectos da pandemia de HIV, havendo também fatores mais amplos, pertencentes à aspectos nacionais, da implementação de políticas públicas e sociais: crises econômicas, sistemas de saúde descentralizados, medicações de alto custo e com patentes de indústrias farmacêuticas.

São apontadas diferentes iniquidades relacionadas ao enfrentamento do HIV em âmbito global [4, 5, 12].

Na favela de Kibera (Nairobi, Quênia), pesquisada em estudo de 2010, havia cobertura inadequada de cuidados em saúde relacionados ao HIV, resultando na dependência de seus moradores à cuidados de saúde informais ou geridos por ONGs. O artigo descreve inclusive, que desde 2006, a região havia passado por restrições econômicas obrigando a

descontinuação da realização rotineira do exame de carga viral. Assim, era realizado apenas quando solicitado ao laboratório nacional de referências e pesquisas do Quênia [4].

Em 2014, estudo em Dar es Salaam na Tanzânia, é mencionado que enquanto em ambientes de baixa renda a TARV era fornecida apenas para mulheres grávidas com baixa contagem de CD4, em outros cenários o uso de TARV profilático combinado a cesárea eletiva e restrições na amamentação estava aproximando países de alta renda da eliminação da TV do HIV [12].

Ainda em 2018, em estudo realizado na África do Sul, ficou identificado não haver sistema unificado para o tratamento do HIV. Em entrevistas, foram citadas por diferentes mulheres - ao realizarem mudanças de residência ou viagens para regiões de Transke, Gauteng, Cidade do Cabo, Port Elizabeth e Mpumalanga - experiências de atendimentos negados nestes distritos [5].

Marcantes variações entre países são encontradas ainda hoje, evidenciando diferenças em relação ao enfrentamento do HIV e apoio a mulheres durante a gestação e a amamentação. De acordo com relatório da Unaid (2021a), embora a cobertura de terapia antirretroviral permaneça relativamente estável pelos últimos 7 anos, a taxa de transmissão vertical ainda varia muito, a depender do país em que se direciona o olhar: sendo de 2% em Botsuana - com percentuais de TV comparáveis ao de países de renda alta - e 28% na República Democrática do Congo.

4.2.3. Acesso à TARV em países de baixa e média renda

Foram descritas algumas barreiras assistenciais e desvios em políticas nacionais, provocando dificuldades relacionadas à coleta de TARV em regiões pesquisadas.

Em relação a coleta de medicamentos, em Ifakara, na Tanzânia, a maioria (75%) das instalações só aceitavam que outra pessoa buscasse as medicações em circunstâncias excepcionais, embora fosse descrito na política a possibilidade de declarar pessoas como ‘apoiadores de tratamento’, designado formalmente para a função em nome do paciente. Em outras regiões pesquisadas como Umkhanyakude, na África do Sul (18%) e Karonga, no Malawi (60%) também foram relatados recolhimento de medicamentos por terceiros em nome de pacientes, embora sejam restringidas as quantidades de visitas e apenas uma pessoa possa ser designada para a função [3].

Também houve relatos de restrição de fornecimento de medicamentos em Ifaka e Umkhanyakude, restringidos com coleta de ARV para 1 mês de uso, o que vai contra a

política implementada no local. Já em Karonga haviam unidades fornecendo desde vários meses as recargas de 2 meses [3].

Para diminuir a superlotação de clínicas, alguns países como a África do Sul e Tanzânia passaram a adotar, em suas políticas, farmácias de distribuição dentro das comunidades para fornecer recarga de ARV. No entanto, não foi incomum encontrar locais onde o fornecimento da TARV recai apenas como responsabilidade das clínicas: em Umkhanyakude 12% das instalações relataram contar com farmácias de apoio e em Ifakara não foram relatadas opções comunitárias de apoio [3].

Para além das barreiras dos serviços de saúde, também houve relatos de questões sociais que interferiam na coleta da TARV. Em estudo realizado em Gugulethu, na África do Sul, uma participante descreveu roubos de medicações para tratamento ao sair de sua clínica. Sendo assim, é reforçada a necessidade de estratégias individuais (levar bolsas para esconder antirretrovirais) e assistenciais (resguardo do sigilo, para que os pacientes não possam ser identificados ao sair de suas unidades de tratamento ou hospitais). Autores analisam a questão de roubos e furtos do tratamento como ilustrativa no contexto estudado: consequência de uma realidade onde o abuso de drogas se coloca como problema de saúde pública, implicando na necessidade de maior motivação por parte das mulheres vivendo com HIV para buscar seus medicamentos (em um contexto com altas taxas de pobreza e infecção pelo HIV) após roubo [2].

4.2.4. *Linguagem*

Barreiras linguísticas são relatadas, com descrição de comunicações feitas por provedores de saúde com baixa ou nenhuma informação a respeito de riscos e benefícios de procedimentos de saúde, detendo-se apenas à aspectos do campo prescritivo e, por vezes, em idioma diferente do falado pelas usuárias de saúde. Em narrativa, transcrita de entrevista de profundidade, uma das participantes descreve que ao realizar ultrassonografia, acompanhada de seu marido, teve suas informações solicitadas e entregue documentos sobre o caso. Posteriormente, uma enfermeira prestadora de saúde realizou coleta de sangue, e depois de esperar uma hora saiu com um relatório em inglês (língua que não dominava) e encaminhamento para o “hospital grande”. Apenas durante o atendimento hospitalar a paciente foi informada sobre o diagnóstico de HIV, vírus que até então desconhecia [6].

Em outro relato do mesmo estudo, a entrevistada relata desrespeito ao consentimento informado relacionado à testagem anti-HIV. Segundo ela “não disseram o que ou onde, nada

eles contaram. Eles apenas escrevem, picam, escrevem, picam e enviam” (p.4) para o hospital geral público, onde são informadas sobre suas sorologias [6]. Neste caso, é possível identificar o uso de desinformação como instrumento de controle dos corpos dessas mulheres.

A grande maioria das entrevistas foram realizadas em idiomas locais e traduzidas para o inglês [1; 2; 3; 6; 8; 9; 10; 11; 12; 14] e, para isso, a equipe de pesquisadores geralmente contava com membros da equipe que dominavam ambos os idiomas. Apesar de em uma das pesquisas, as entrevistas terem sido traduzidas para o francês, todos os 14 artigos estavam publicados na versão em inglês.

Esses achados demonstram possível recorte entre a língua falada por aqueles que produzem e publicam o conhecimento, e aqueles que são abordados, observados e analisados como participantes. No contexto da saúde, em especial do HIV/aids, o continente africano é muitas vezes representado por países do norte global como um aglomerado de países sem distinção, desconsiderando que, embora existam pontos comuns, constituem nações plurais e suas realidades não podem ser unificadas.

Quadro 11. Idiomas encontrados nos artigos selecionados

Idiomas	
Entrevistas em idiomas locais	10 artigos Kiswahili - [3, 12] Kinyarwanda - [1] IsiXhosa - [2] IsiZulu - [3] Chitumbuka - [3] Marati - [6] Canarês - [6] Indonésio - [8] Iorubá - [9] Lingala - [10] Luganda - [11] SiSwati - [14]
Entrevistas em inglês	5 artigos - [4; 5; 7; 14]
Entrevistas traduzidas para o inglês	13 artigos
Entrevistas traduzidas para o francês	1 artigos

Fonte: Produção própria

4.2.5. HIV tipo 1 e 2

A maioria dos estudos não faz referência ao tipo de HIV prevalente nas mulheres participantes. O HIV-2 não é citado em nenhum dos textos e o HIV-1 é citado em apenas dois artigos [1, 12]

Em um dos textos é mencionado que todas as mulheres participantes realizaram teste de PCR, que funciona a partir de uma reação em cadeia de RNA-polimerase, em diferentes momentos (matrícula, parto, 18 e 24 meses pós-parto). O teste citado no estudo é um teste qualitativo e automatizado para detecção do HIV tipo 1 (COBAS® AmpliPrep e COBAS® TaqMan® HIV-1 v2.0), o que pode indicar que todas as participantes eram diagnosticadas apenas para o HIV-1. [1]

No outro artigo, a referência ao HIV-1 aparece já no título do artigo. Trata-se de um estudo que realizou entrevistas em profundidade com 23 mulheres infectadas com HIV-1 e que possuíam contagem de células CD4 abaixo de 200, todas as participantes foram selecionadas a partir do banco de dados do estudo Mitra Plus (Estudo aberto, não randomizado e prospectivo, realizado na Tanzânia, e que incluiu 501 gestantes infectadas pelo HIV-1). [12]

Em relação aos estudos que não diferenciam o tipo de HIV estudado, é provável que estejam se referindo à infecções pelo HIV-1. Isto ocorre pois, embora exista o vírus tipo 2 (HIV-2), o HIV-1 é apontado como o vírus causador da pandemia de HIV/aids. O HIV-2 tem prevalência elevada em países da África Ocidental, região onde foi inicialmente identificado. O HIV-2 se disseminou entre outras regiões da África, Europa, Índia e Estados Unidos e é descrito que locais onde há circulação de ambos os tipos de HIV é frequente a dupla infecção, isto é, pessoas infectadas pelo HIV-1 e HIV2 ao mesmo tempo (CASTELÃO, 2013; CAZEIN, F. *et al.*, 1996).

O vírus tipo 2 até hoje é uma questão globalmente negligenciada e afeta essencialmente o oeste africano (RAUGI *et al.*, 2017). Em estudo de 1996 sobre soroprevalência do HIV-2 na Europa, autores já alertavam sobre menor acúmulo de dados da literatura a respeito do vírus tipo 2, o que tornava difícil a comparação entre países, com a maioria de dados sobre tipologia provenientes de rastreios em doações de sangue e testagem específicas entre gestantes.

Na Europa, era descrito que a maioria dos casos identificados era proveniente de imigrantes africanos (CAZEIN, F. *et al.*, 1996). Posteriormente, Portugal passa a apresentar

maior prevalência entre os países portugueses, como consequência da colonização e migração africana, portuguesa e francesa (CASTELÃO, 2013).

O vírus é descrito como um tipo virológico que apresenta menor taxa de transmissão, inclusive vertical, menor carga viral (CV) e menor progressão da doença (maior período assintomático e com CD4 que declina mais lentamente). No entanto, no que diz respeito a tratamento medicamentoso é caracterizado por apresentar maiores resistências aos agentes antirretrovirais, convencionalmente utilizados para o HIV-1 e aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA). Essa característica pode demandar um tratamento mais específico, com necessidade de testagem de resistência de medicamentos para todos os pacientes diagnosticados, que pode ser uma barreira em ambientes de recursos limitados (RAUGI *et al.*, 2017; CASTELÃO, 2013).

4.3. Comportamento reprodutivo

4.3.1. Taxas de fecundidade

Há, nas regiões pesquisadas, relatos sobre uma alta valorização da maternidade, como forma de ascensão das mulheres no contexto social [2, 4, 13], o que pode resultar em maiores taxas de fecundidade e natalidade nos artigos selecionados.

No caso do estudo realizado em 2014 em Uganda, por exemplo, era descrito uma das maiores taxas de fecundidade do mundo, com cerca de 6 filhos por mulher [13]. Artigo publicado no ano de 2015, realizado entre Abril e Setembro de 2013 no distrito de Balaka, encontrou nessa localidade uma das maiores taxas de fecundidade e prevalência de HIV da Região Sul do Malawi [7].

Nenhum dos artigos mencionou relação entre interações medicamentosas e/ou efeitos adversos dos antirretrovirais influenciado na relação do casal, aparecendo a questão da reprodução quase que independente da sexualidade.

4.3.2. Decisão de engravidar

Foram identificadas narrativas relacionadas à decisão planejada de gestar e/ou matinar entre mulheres vivendo com HIV. Dois dos artigos chamam atenção, durante a discussão de seus achados, para a perda de oportunidades de abordar sobre planejamento

reprodutivo dentro dos serviços de saúde [7, 13], sendo essas decisões muitas vezes feitas sem levar em consideração aspectos do tratamento.

A decisão final por engravidar dificilmente é feita apenas em nível individual, e se desenrola influenciada por desejos e expectativas de parceiros, familiares, comunidade e moldadas por percepções dessas mulheres sobre papéis normativos de gênero na sociedade e sobre sua própria saúde [13], sendo o planejamento da gravidez atual e a experiência anterior de PTV apontados como aspectos determinantes para maior propensão à adesão aos antirretrovirais entre gestantes vivendo com HIV [9].

Desejo e intenção envolvem aspectos subjetivos da elaboração da maternidade, que podem estar relacionados à decisão final de engravidar. Embora sejam ambos modulados por questões culturais e que podem ter confluência de diferentes aspectos, é importante demarcar a diferenciação entre eles. Sendo o primeiro relacionado à aspectos íntimos que se expressam pela vontade de criar, adotar ou gerar um filho, enquanto o segundo estaria mais próximo ao comportamento, relacionado a pretensão e/ou decisão de ter um filho (THOMPSON, 1997; KEOGH *et al.*, 2012). Estudiosos sobre o assunto reconhecem a necessidade de distinção teórica entre os termos, uma vez que desejos não podem, em última análise, serem automaticamente traduzidos como intenção ou comportamento reais (KEOGH *et al.*, 2012). Além disso, entre as mulheres, o desejo por ter filhos está associado a visões construídas sobre maternidade e, muitas vezes, independe da percepção sobre suas vulnerabilidades, riscos ao bebê e/ou ao parceiro (SOFOLAHAN; AIRHIHENUWA, 2013). É importante notar que, este desejo não está ligado essencialmente ao feminino, sendo também constituído a partir da singularidade de experiências individuais e marcado por uma lógica inconsciente. Logo, mulheres vivendo com HIV podem ou não apresentar este desejo, assim como outras mulheres (ZILMAN; ALVARENGA, 2015).

Os achados qualitativos apontam para a dificuldade, entre mulheres vivendo com HIV, em falar sobre seus desejos e intenções de engravidar com profissionais de saúde [4, 11, 13], e embora a maternidade seja valorizada no espaço familiar e comunitário, também foi descrito pouco apoio às decisões reprodutivas dessas mulheres entre parceiros, pares e familiares [7].

Este aspecto já era apontado por outras pesquisas, que indicavam dificuldades entre profissionais de saúde que atendem essa população ao falar sobre reprodução e sexualidade. Segundo essas mulheres, há a percepção de que suas decisões finais são abordadas com pouca flexibilidade e sem considerarem a autonomia de cada casal para essa escolha (NGURE *et al.*, 2015), agregando pouca informação sobre efeitos colaterais ou interferências

no tratamento (SAEIEH *et al.*, 2016) e sem consideração dos custos envolvidos, principalmente quando indicados procedimentos de reprodução medicamente assistida (THOMPSON *et al.*, 2017).

4.4. Adesão ao tratamento

Parte dos estudos foi realizada exclusivamente com mulheres que haviam relatado dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso ou que optaram por não iniciar TARV, mesmo quando ofertada [5; 6; 14] e a maioria realizou a coleta de dados com participantes que estavam no período pós-parto [1; 2; 4; 6; 10; 11; 12; 14]. Para as mulheres vivendo com HIV, o puerpério se configura como período de maior necessidade em relação ao apoio da rede social e dos serviços de saúde, sendo uma fase crítica para abandono da TARV (Brasil, 2019).

Entre as categorias identificadas como principais temáticas dos estudos, seis estudos foram enquadrados em “Relação com o tratamento”, isto é, eram estudos que tratavam da gestação, parto e pós-parto e a relação com aceitação a medicamentos antirretrovirais, adesão ao tratamento e retenção aos serviços de saúde [1; 2; 5; 9; 12; 13].

Por abordarem as questões de abandono de tratamento foi possível identificar nestes artigos os principais fatores encontrados e analisados como prováveis interferências para a adesão à medicação antirretroviral. Serão descritos no *Quadro 12*, abaixo, separados em aspectos individuais, sociais e assistenciais/programáticos, e indicados conforme numeração do artigo que traz tal discussão.

O quadro elaborado expõe o caráter multifatorial da má adesão, descontinuidade e abandono de tratamento. Em artigo que concentrou esforços em identificar e categorizar estratégias de retenção aos cuidados e adesão de tratamento [2] os autores mencionam a utilização de múltiplas estratégias entre mulheres no pós-parto, que podem estar sobrepostas e interconectadas, e que nenhuma delas é suficiente isoladamente para o sucesso na melhora do envolvimento materno nos cuidados com seu tratamento do HIV.

Estudar fatores que possam interferir na tomada da medicação pode servir para ajudar mulheres que vivem com HIV, familiares, parcerias e profissionais de saúde na identificação de obstáculos e elaboração de diferentes estratégias para melhora do tratamento e redução de descontinuidade e/ou abandono.

Quadro 12. Informações sobre efeitos colaterais, citadas por participantes e analisadas pelos artigos

Fatores que interferem na adesão ao tratamento com antirretrovirais		n°
Individuais	Efeitos colaterais/adversos sentidos	1; 5; 9; 12
	Motivação e empoderamento	1; 2; 9; 12
	Viagens e/ou mudança de residência	1; 5; 12
	Esquecimentos	1; 2; 12
	Percepção sobre benefícios da TARV	1; 2; 13
	Falta de tempo e dificuldades relacionadas à rotina (ocupações e deveres)	5; 9; 12
	Fadiga do tratamento	1; 5
	Conhecimento e compartilhamento de informações	2; 9
	Desmame do filho	1; 12
	Sofrimento psíquico	12
	Planejamento da gestação	9
	Idade gestacional (>20 semanas)	9
	Tendência à seguir recomendações de saúde	5
	Sofrimento psíquico	12
	Barreiras religiosas	5
	Não se sentir doente	12
	Otimismo pessoal	13
	Problema pessoal (Divórcio/Separação, perda de emprego)	1
Sociais	Estigma relacionado ao HIV	1; 2; 5; 9; 12
	Apoio familiar e da parceria	1; 2; 9; 12; 5
	Jejum e insegurança alimentar	1; 5; 12
	Contexto de falta de recursos econômicos	5, 12
	Questões de gênero e dependência do parceiro (desemprego ou moradia)	12
	Aconselhamento sobre ARV/adesão	1; 5; 9; 12; 13
	Aconselhamento sobre gestação/concepção	13
	Tempo de espera e superlotação dos serviços	2, 12

Assistencial e Programático	Suporte clínico, apoio de profissionais de saúde e intervenções por mensagens de texto	1; 2
	Fechamento da clínica e/ou mudança de local de tratamento	5
	Proximidade entre clínica e residência	2; 9
	Abertura para manejo de efeitos colaterais e alternativas de tratamento	5
	Reprodução, dentro dos serviços, de discriminação e aspectos do senso comum sobre o HIV	5
	Equipe de saúde utilizando estratégias criativas para aumentar sigilo e anonimato das usuárias	2

Fonte: Elaboração própria, a partir dos achados

4.4.1. Efeitos colaterais e resistência às drogas

Em relação aos medicamentos utilizados pelas entrevistadas, em geral, poucos estudos mencionaram a informação sobre esquema de medicamentos antirretrovirais utilizados pelas entrevistadas e/ou utilizados como linha de frente no momento do estudo [1; 4; 9]. Em sua maioria, são estudos de natureza qualitativa e não entram em questões sobre o nome de esquemas antirretrovirais, embora tal informação possa ser importante para delimitar características como efeitos colaterais esperados e/ou relatados e medicamento distribuído como primeira linha na região e/ou época do estudo.

Além disso, o tipo, formato e quantidade dos comprimidos pode ser fator importante para considerar na adesão ao tratamento. De acordo com Barros (2011), em entrevistas com gestantes vivendo com HIV, o tamanho dos comprimidos era descrito como causador de dificuldades na deglutição, o que poderia interferir na frequência de tomadas das mulheres.

No *Quadro 13*, serão listados esquemas antirretrovirais citados, locais e período de publicação do estudo e informações levantadas sobre efeitos colaterais.

Quadro 13. Informações sobre efeitos colaterais, citadas por participantes e analisadas pelos artigos

Referências sobre medicamentos antirretrovirais nos estudos			
nº do estudo	Esquema de TARV entre as	Local e ano do estudo	Informações e hipóteses levantadas no estudo

	participantes		
1	<p>Maioria em uso de Tenofovir, Lamivudina e Efavirenz</p>	<p>Quigali, capital de Ruanda, 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro Biomédico de Ruanda, Ministério da Saúde • Hospitais Universitários de Ruanda (CHU) • Fundação Elizabeth Glaser para a AIDS Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Minoria descreveu efeitos colaterais (17%) • Tendência de efeitos colaterais diminuem ao longo do tempo • Relatos sobre ganho de peso e aumento de apetite • Tontura como principal efeito relatado, mas fortemente relacionado à tomada quando em jejum.
4	<p>Tratamento de primeira linha: Nevirapina, Lamivudina, Estavudina ou Zidovudina</p> <p>Tratamento de segunda linha: Abacavir, Didanosina, Lopinavir ou Tenofovir</p>	<p>Favela de Kibera, Nairobi, Quênia, 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No Centro de Saúde Comunitário de Kibera os pacientes recém diagnosticados são avaliados a cada 3 meses por um clínico para avaliar efeito colaterais
5	<p>Não informada</p>	<p>Distrito de Amatole e Município de Buffalo City, Província do Cabo Oriental, África do Sul, 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Frere • Hospital Cecilia Makiwane • Hospital Bisho 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos colaterais relatados como principais motivos da não adesão • Vômito como efeito mais comumente relatado • Outros efeitos relatados: alucinações, náuseas, vômitos, tontura, fraqueza corporal, insônia e erupções cutâneas. • Pouca informação sobre efeitos colaterais e adversos pode estar relacionado à descontinuação do uso quando em ingestão de bebidas alcoólicas ou em uso de outras drogas.
9	<p>Todas em terapia tripla de recomendação da OMS / (Opção B+)</p>	<p>Ibadan, Estado de Oyo, Nigéria, 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Maternidade Adeoyo, Adeoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria demonstrou alta confiança nos efeitos do tratamento medicamentoso, principalmente quanto a ocorrência de efeitos colaterais

		<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Católico Nossa Senhora dos Apóstolos em Oluyoro, Oke-Ofa • Hospital Geeral Católico de Santa Maria, Eleta. 	<p>(81,7%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relataram serem capazes de integrar os medicamentos ART em sua rotina diária, embora apresentassem efeitos colaterais. • As narrativas indicaram os seguintes efeitos: fraqueza, interação com outros medicamentos (por exemplo, de tuberculose) e dificuldades para adaptação inicial
12	Não informado	<p>Dar es Salaam, Tanzânia, 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Mitra Plus, no Complexo do Hospital Nacional Muhimbili 	<ul style="list-style-type: none"> • Relato de efeitos colaterais, como tonturas, associados a ingestão de medicamentos em jejum ou com comida insuficiente. • Relato de fraqueza e sono em excesso
14	Todas em terapia recomendada pela OMS (Opção A)	<p>Distritos de Shiselweni, Lubombo, Hhohho e Manzini, Suazilândia, 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation</i>, Mbabane • Clínicas da Bem-estar infantil das regiões 	<ul style="list-style-type: none"> • Os principais efeitos colaterais relatados foram: fígado estragado, corpo deformado, nádegas encolhidas, erupções cutâneas, gibosidade em desenvolvimento e aparência de homem. • Enfermeiras relatados, em discussões de grupo focal, que acreditam que efeitos relacionados à deformidades corporais foram causados pela Estavudina, ARV em desuso no momento de publicação do artigo (2016). • Informações sobre novos medicamentos ARV com menor ocorrência de defeitos colaterais devem ser comunicadas ao público.

Fonte: Elaboração própria

Entre os efeitos colaterais relatados pelas mulheres vivendo com HIV estão: fraqueza [1; 5; 9; 12], vômito, náuseas, alucinações, erupções cutâneas, insônia [5], sono em excesso [12], sinais de problemas no fígado, deformidades corporais e perda irregular de gordura corporal [14], tontura e perda ou ganho exacerbado de apetite [1]. Sendo que, os efeitos podem ser reduzidos, conforme o decorrer do tempo e adaptação ao tratamento [1; 9], ou amplificados, no caso de uso conjunto com outras medicações [9].

É importante destacar que, embora não tenha sido abordado nos estudos, os efeitos colaterais podem ser intensificados também em relação com a gestação ou pós-parto. De acordo com Aguiar *et al.* (2013) a gravidez é um evento fisiológico normal, que traz múltiplas modificações ao organismo da gestante. As constantes mudanças corporais podem ser expressas por meio de sinais e sintomas, surgidos desde a primeira até a última semana do período gestacional, que causam desconfortos de diferentes intensidades a depender da forma como cada corpo se adapta às apresentações. São comuns ao período: náuseas e vômitos (no geral, cerca de 50% a 80% das gestantes apresentam tais sintomas), tonturas, pirose, eructação/plenitude gástrica, sialorreia, fraquezas e desmaios, dor abdominal, cólicas, queixas urinárias, falta de ar, dor lombar, edema, entre outros. Ademais, segundo Brasil (2006), o parto e pós-parto podem ser seguidos também de diferentes manifestações como náuseas, vômitos e fraquezas, podendo ser observada após partos cesáreos (nos casos na recuperação pós-anestésica) e partos naturais (após manejo ativo para retirada da placenta, que pode ser feito com uso de ocitócicos e tração controlada do cordão, visando diminuir a perda sanguínea).

Além disso, os sinais e sintomas da aids, no caso daquelas mulheres apresentadoras tardias (que descobrem o diagnóstico com altas taxas de carga viral) ou em estágio de aids (CD4 abaixo de 200 cópias/mL), também podem ser fator agravante de efeitos colaterais, em especial a fraqueza, que pode estar associada à baixa imunidade e apresentação de infecções oportunistas. Embora seja identificado, por Barros *et al.* (2011) a partir de falas de mulheres gestantes brasileiras de Fortaleza/CE, que a inexistência total de sintomas ou percepção de menor gravidade dos sintomas sentidos pode, também, ser fator para início tardio de TARV.

Em estudo realizado na Tanzânia, foram encontrados três relatos de mulheres que indicaram que, por “não se sentirem doentes” - ou seja, não identificarem sintomas decorrentes de infecções oportunistas - tinham maior dificuldade de aderir à terapia antirretroviral, por diferentes fatores, que misturam menor motivação para criação de rotina

de cuidados e dificuldade para lidar com questionamentos de terceiros sobre a necessidade de tomar medicações diárias [12].

No entanto, entre os achados, a redução dos sintomas e melhoras do estado de saúde geral foi apontado como forte motivador para adesão à TARV, mesmo com apresentação de efeitos colaterais [1; 2; 13]. Diferentes estudos apontam que os efeitos colaterais, embora possam ser desgastantes, são fatores superados por parte das mulheres, que resistem a eles. São relatadas, em entrevistas, que essas mulheres, apesar de reconhecerem os desafios, não interrompem a TARV por confiarem nos resultados positivos do medicamento e identificarem os efeitos colaterais como reações comuns. Além disso, a melhora de saúde proporcionada pelo tratamento contínuo pode amenizar medos relacionados ao estigma e à quebra de sigilo por desconfiança de familiares e amigos. O aparecimento de efeitos colaterais pode, inclusive, ser fator para aumento da confiança na ação do medicamento [1; 9].

Mesmo que, por vezes, os efeitos colaterais não possam ser retirados por completo do cenário de um tratamento medicamentoso que, em geral, inclui diferentes drogas. Os achados alcançaram uma boa avaliação a respeito dos aconselhamentos sobre adesão e antirretrovirais entre essas mulheres, que citam como importante estratégia de cuidado para diminuição de descontinuação e/ou abandono, a partir da informação e escuta individualizada [1; 5; 9; 12; 13].

Conforme os resultados encontrados, os aconselhamentos podem se constituir como espaços para resguardo do sigilo sobre diagnóstico, repasse de informações sobre benefícios do tratamento contínuo e compartilhamento de estratégias para gerenciamento de efeitos colaterais.

No acompanhamento clínico, o gerenciamento de efeitos colaterais pode auxiliar na adesão ao tratamento [5], com a possibilidade de que profissionais de saúde abordem sobre estratégias de manejo dos efeitos sentidos e/ou mostrem abertura para troca de esquemas antirretrovirais, mesmo que a literatura farmacêutica indique piores taxas na apresentação de efeitos, entendendo e respeitando fatores individuais pertinentes na percepção sobre reações e interações medicamentosas.

A resistência a medicamentos é citada na introdução de diferentes artigos [5; 9; 12], mas não é analisada como fator de interferência na adesão em nenhum dos resultados ou conclusões. Destaca-se aqui, a necessidade de estudos que abordem a questão da resistência viral como ampliadora de casos de abandono de tratamento, uma vez que, diante de certas resistências os pacientes precisam alterar seu esquema de TARV, podendo apresentar esquemas maiores em número de comprimidos e com maiores ocorrências de efeitos

colaterais e interações medicamentosas.

De acordo com estudo, mesmo pacientes com alta adesão à TARV apresentam cepas virais com mutações genéticas que podem provocar resistência aos antirretrovirais (23% de todos os pacientes têm percentil de adesão entre 92-100%) ou a resistência propriamente dita à medicamentos (50% de todos os pacientes têm percentil de adesão entre 79-100%). O que indica que a resistência aos ARV pode ser um desfecho comum em grande parte dos pacientes, podendo aparecer como consequência poucas oscilações na regularidade de tomadas de comprimidos, e sendo apenas totalmente evitada quando atingidos níveis excepcionais de adesão, com total supressão viral (BANGSBERG *et al.*, 2003). Assim, tendo em vista o atual caráter de cronicidade da infecção pelo HIV e a possibilidade de que mais pacientes façam uso de tratamento medicamentoso por vários anos, chegando à terceira idade, é importante que sejam aperfeiçoados e invistam em medicamentos com maior potência antirretroviral (supressão do vírus em menor tempo e com efeitos mais longos) e maior meia-vida (que permitam maior tolerância a atrasos e esquecimentos de tomadas).

4.4.2. Aspectos sociais

Apesar do esforço em separar aspectos individuais, sociais e assistenciais relacionados à adesão de tratamento, é importante destacar que muitos desses aspectos não podem ser considerados unicamente pertencentes a apenas uma destas categorias. Alguns fatores individuais, embora refletidos em última instância como comportamentos particulares e individualizados, podem ser influenciados por questões sociais. Entre aspectos individuais que podem ter forte relação social estão: sofrimento psíquico [12], barreiras religiosas [5], conhecimento sobre tratamento e compartilhamento de informações com pares [2] e divórcio, separação ou perda de emprego [1].

A questão dos efeitos colaterais e o estigma do HIV também podem ser compartilhados nas intersecções entre individual-social. Pesquisas em países como Índia, Zâmbia e Camer já apontaram fortes representações da terapia antirretroviral como associada a efeitos colaterais. E em estudo realizado em 11 zonas do estado de Amhara, nordeste da Etiópia com 320 Pessoas Vivendo com HIV (160 casos e 160 controles) os resultados permitiram associar percepções de TARV como causadoras de muitos efeitos colaterais com a probabilidade 6,23 vezes maior de iniciar tardiamente o tratamento para HIV/aids (ABAYNEW *et al.*, 2011).

Para além disso, os efeitos colaterais relatados por pessoas vivendo com HIV podem ser, não apenas fruto direto da interação medicamentosa, mas estarem relacionados a fatores psicossomáticos e psicodinâmicos, influenciados pelo forte estigma de Pessoas Vivendo com HIV/aids. Um exemplo pode ser a ocorrência de vômitos e náuseas subsequentes à tomada do comprimido ou até a dificuldade de engolir, sem causa física identificada como presença de candidíase oral ou infecção por citomegalovírus.

Sant'anna (1996), em estudo sobre os significados dos sonhos em pessoas que vivem com HIV, reflete sobre a expressividade de pesquisas que tendem a focalizar nos significados sociais, políticos, econômicos e culturais do HIV/aids, sem que sejam aprofundados os mecanismos pelos quais estes significados refletem em processos inconscientes dos sujeitos. A autora discute sobre as metáforas e fantasias presentes nas interpretações sobre a infecção e de que maneira cada indivíduo processa psiquicamente os efeitos do adoecimento, a possibilidade de morte e o estigma.

Portanto, todo efeito medicamentoso é também social, cultural, psicológico e metafísico. Em pesquisa sobre a automedicação em contextos de doenças crônicas identificou-se o uso de diferentes recursos por parte dos pacientes, em conjunto ou não com ARV. Fitoterápicos, como ervas, plantas, raízes, entre outras, e preparações com chás e garrafadas; alimentos, vitaminas e sais minerais; recursos religiosos e/ou espirituais, como rezas e orações específicas para amenizar a doença; e uso de medicamentos alopáticos (ZACKIEWICZ,2003), o que evidencia a riqueza de manifestações subjetivas, culturais e sociais associadas à adesão e cumprimento de recomendações de saúde.

Um estudo relacionou a adesão a outras recomendações de saúde com a adesão ao tratamento com antirretrovirais. De acordo com a análise dos autores, mulheres gestantes e parturientes que cumpriam recomendações de saúde como, por exemplo, não fumar durante a gravidez, apresentavam maior adesão à TARV [5]. Essa relação pode ser influenciada pela percepção social de que a maternidade é um período de especial cuidado, que deve ser experienciado pela mulher a partir do olhar médico.

A maternidade, a partir da entrada no século XX, irá passar por uma série de processos de medicalização e pedagogização dos corpos femininos, a fim de que fossem estabelecidas as “regras da puericultura” ou higiene infantil, e a adesão de mulheres ao seu estatuto, conformando a chamada “maternidade científica” (FREIRE *et al.*, 2018, p.960). Se tal construção já é apontada como caracterizando a maternidade contemporânea geral influenciando tal vivência a partir de regimes médicos e tecnológicos, em relação à

maternidade no contexto do HIV/aids, se intensificam os saberes e práticas em torno da gestação, parto e pós-parto, com adoção de uma série de procedimentos técnico-científicos que circundam as mulheres vivendo com HIV. Isso ocorre desde a escolha por tecnologias contraceptivas, planejamento da gestação e detecção precoce até adoção de tecnologias específicas antirretrovirais anteriores à concepção, durante pré-natal, ao dar a luz e no pós-natal

Por vezes, o abandono do tratamento ocorre não apenas unicamente pelo mal-estar causado pela reação adversa (excesso de sono, tontura, fraqueza, ansia e vômitos ou reações alérgicas) ou pela dificuldade em seguir recomendações de saúde, mas pelo impacto social dessas mudanças na vida dessas mulheres, mães, gestantes, parturientes e puérperas. Os efeitos colaterais podem ser barreiras mais difíceis de serem superadas quando há necessidade de comida, trabalho doméstico e cuidado dos filhos, pouco dinheiro para transporte público e necessidade de faltas ao trabalho para comparecer à consulta [1].

Alguns artigos identificam a falta de tempo como fator para dificuldades relacionadas à adesão [5; 9; 12]. Este fator, apesar de categorizado como individual pode estar relacionado a sobrecarga de deveres relacionados a tarefas domésticas das mulheres e também a não revelação diagnóstica aos parceiros, familiares e colegas ou chefias no trabalho, o que acarreta idas ao serviço de saúde sem informar às outras pessoas, que pode ocasionar menor tempo livre para essa tarefa no dia-a-dia.

Entre os fatores sociais listados, o que teve mais menções nos artigos selecionados foi o estigma relacionado ao HIV [1; 2; 5; 9; 12], sendo um fator que possui ligação com a maioria dos outros aspectos encontrados.

De acordo com o Ministério da Saúde em manual sobre adesão, o estigma, preconceito e discriminação torna o diagnóstico de HIV difícil de comunicar a outras pessoas. Sendo, por vezes, colocado em sigilo, evitado ou adiado diante das dúvidas e dilemas da real necessidade de dividir sobre aspectos do viver com HIV para familiares, amigos e parceiros. (BRASIL, 2008)

O apoio de terceiros foi citado como aspecto importante para a adesão ao tratamento entre mães vivendo com HIV. Podendo ser esses terceiros familiares ou parceiros [1; 2; 9; 12], profissionais de saúde que forneciam suporte clínica e assistencial [1; 2] e/ou outros pacientes que poderiam realizar troca de informações em salas de espera [2].

Um dos artigos sugeriu resultados diferentes. Para eles, a crença pessoal de eficácia dos antirretrovirais supera as questões de incentivo do parceiro, sendo este apoio mais

valorizado em casos onde a mulher dependia financeiramente do parceiro [8]. Outros estudos apontaram frequência de diagnósticos sem informação do parceiro, muitas vezes motivadas pelas questões de violência de gênero, dependência financeira e de medo de abandono [7, 9 12]

Embora entendam que podem divulgar ou manter segredo sobre seu diagnóstico, há o desejo de que os ambientes das clínicas que frequentavam sejam favoráveis à privacidade e anonimato [2], apresentando medo de que atitudes de profissionais quebrassem a confiabilidade e sigilo, com exposição clara do diagnóstico à terceiros [6] e/ou a partir da revelação diagnóstica ocorrendo de maneira indireta, através do comparecimento na clínica; disposição de salas de espera; diferenciação de cores em fichas cadastrais e prontuários; ou diante da entrega, procura ou armazenamento dos medicamentos [1; 2; 6; 9].

O estigma, falta de apoio no tratamento ou sigilo sobre o diagnóstico podem dificultar a tomada de medicamento, pela necessidade de esconder frascos ou evitar sua identificação, através do rótulo dos medicamentos. Por vezes, o armazenamento pode ser feito inadequadamente e os esquecimentos podem se tornar frequentes.

Em pesquisa foram encontrados relatos de mães que evitavam comparecer às clínicas por medo de que fossem vistas por outras mulheres à espera de consulta e também de perda de doses de TARV pela necessidade de esconder o comprimido quando na presença de terceiros. Além disso, não é incomum o relato de mulheres que preferem frequentar clínicas o mais distante possível de suas residências diante do temor da revelação diagnóstica, por mais que isso traga malefícios como maior tempo gasto para chegar até a clínica ou gastos mais expressivos de dinheiro [1].

5.4.3. Infraestrutura dos serviços de saúde

Investimentos públicos em serviços de saúde podem resultar em melhorias de aspectos que interferem na adesão entre mulheres e mães vivendo com HIV.

Neste contexto, a introdução de aconselhamentos específicos sobre ARV e adesão dentro dos serviços são caminhos possíveis [1; 5; 9; 12], sendo preciso envolvimento público na contratação de equipes de saúde qualificadas, completas e com carga horária destinada para esses atendimentos. Em um dos estudos [1], por exemplo, foi verificado que há a tendência dos serviços de saúde a reduzir o número de aconselhamentos sobre ART quanto maior a idade do filho, embora o tempo de aconselhamento permaneça o mesmo (média de 5 minutos, no geral).

Embora os serviços possuam avanços assistenciais - como fornecimento de medicamento ARV, tratamento gratuito para HIV e/ou infecções oportunistas e ajuda de custo para passagens - artigo publicado em 2013 destacou que a adesão ainda continuava sendo um desafio entre mulheres gestantes da Tanzânia, especialmente durante os dois primeiros anos de diagnóstico. As principais barreiras para a adesão à TARV, entre essas mulheres, foram questões financeiras: custos extras com tratamento, transporte até os serviços e os longos períodos de espera em clínicas, que representavam descontos em salários e outras perdas financeiras [12].

Sendo assim, aspectos individuais como a motivação e empoderamento [1; 2; 9; 12], otimismo [13] e percepção sobre benefícios do tratamento para si e seu filho [1; 2; 13] são citados em artigos como fatores importantes na adesão destas mulheres vivendo com HIV. Tendo em vista que tais aspectos individuais podem ser afetados pela “pobreza, demandas esmagadoras da vida cotidiana e o medo do estigma caso parentes e vizinhos descubram o diagnóstico” [12, p.7], torna-se imprescindível que os serviços simplifiquem os caminhos de acesso ao tratamento e se mostrem disponíveis para flexibilizar o cuidado dentro das demandas trazidas por cada mulher.

Se, por vezes, a proximidade entre clínica e residência pode ser um facilitador, por significar menores gastos de tempo e dinheiro para deslocamento [9], para algumas mulheres há a seleção cuidadora de clínicas distantes de suas casas. Para preservar o anonimato dentro de serviços ambulatoriais foram relatados diferentes estratégias: falsificação de endereço para terem acesso a serviços ambulatoriais mais distantes de seu bairro; utilização de cartão com nome do filho para ao serem chamadas durante consultas ou coleta de ARV na farmácia não serem identificadas; esconder medicamentos em sacolas ou sentar em seus prontuários tampando a identificação relacionada ao HIV [2].

4.5. Alimentação e tratamento com medicamentos antirretrovirais

4.5.1. Nutrição da gestante

A narrativa das mulheres traz percepções sobre a chegada de um filho como um momento de preparo e atenção especial à alimentação - visando a obtenção de energia para as atividades diárias enquanto “carrega o bebê” (durante a gestação) e o acúmulo de força (para

o parto) [4]. Sendo, em alguns casos, a boa alimentação é priorizada em detrimento do uso da TARV, principalmente entre aquelas mulheres que associavam a medicação à sensação de fraqueza [12].

Em parte dos estudos a fome, a existência de períodos prolongados de jejum e a alimentação insuficiente ou inadequada aparecem como causas para má adesão [1; 5; 12]. Seja pela necessidade de caminhar longas distância até as clínicas [5], por sentirem mais fome após uso dos ARV, por seguirem prescrições de saúde que enfatizavam a necessidade de uso de antirretrovirais após alimentação e/ou pela impressão de que a intensidade dos efeitos colaterais aumenta quando não se alimentavam [12].

Entre os efeitos colaterais relatados pelas mulheres vivendo com HIV há relatos que incluem tanto a perda, como o ganho de apetite. Em diferentes contextos, o ganho de peso e aumento de apetite provocado por medicamentos pode ser identificado tanto como um malefício, por ser associado à uma visão dessas mulheres como incontrolável em sua fome, com ridicularizações sobre ARV serem “remédio de porco” que as tornam “insaciáveis”; tanto como um benefício, por se afastar das representações que associam a magreza à aids, percebendo o ganho de peso como fator diminuidor de estigmas [1].

Em entrevistas houve relatos de que a tomada dos comprimidos é difícil antes de uma alimentação reforçada, isso porque os efeitos parecem se intensificar: “fica difícil até andar” ou “se sente tonta”. Sendo assim, é descrito que embora os profissionais de saúde recomendem boa alimentação, com diversificação de frutas e legumes, essas prescrições podem ser difíceis de alcançar, levando pouco em consideração a realidade dos usuários atendidos, como no caso de regiões que sofrem com insegurança alimentar [12]. Em estudo sobre um aspecto da adesão nomeado de “autoeficácia” a maioria das mulheres entrevistadas viam a mudança de hábitos alimentares como consequência do uso de ARV que estavam dispostas a aderir completamente (n= 80, 63,5%) ou moderadamente (n= 38, 30,2%) em busca dos resultados positivos proporcionados pelo tratamento [9].

Após o nascimento do bebê, parte das demandas por cuidado em saúde e orientações dadas por profissionais de saúde passam a ser direcionadas aos filhos. Na narrativa de mulheres vivendo com HIV e em pós-parto, entrevistadas na República Democrática do Congo, foram encontrados desafios relacionados inclusive à produção de leite diante da saúde precária, falta de comida e baixa nutrição [10]. Ideais de alimentação podem se tornar mais difíceis de serem alcançados, principalmente diante das novas dinâmicas surgidas, incluindo trabalho informal, tarefas domésticas diárias, cuidados ao recém-nascido e/ou outros filhos, e

ida às clínicas. Assim, em alguns desses casos, para diminuir o fardo de coleta de medicamento de pacientes, companheiros e outros cuidadores, em Karonga [3], algumas recargas de antirretrovirais eram enviadas por voluntários até a casa de pacientes com dificuldade para comparecer às clínicas.

4.5.1. Amamentação do filho

Diferente do Brasil, onde a amamentação é desaconselhada desde o nascimento (SANTOS, 2017), os estudos selecionados foram realizados com mães vivendo com HIV, que tiveram a experiência da amamentação, ainda que esta pudesse ocorrer por um período restrito de tempo.

Uma pesquisa em Kigali, que realizou entrevistas em profundidade com mulheres selecionados do *Kabeho Study* (coorte observacional prospectiva, com 608 mulheres vivendo com HIV, inscritas entre o terceiro trimestre de gravidez à segunda semana pós-parto e acompanhadas até os 2 anos do filho), descreveu que em Ruanda as diretrizes nacionais acompanham o par mãe/filho no programa de Prevenção à Transmissão Vertical até aproximadamente 18 meses pós-parto (com possibilidade de adiantamento ou extensão desse prazo, a depender do caso), quando são orientadas a interromper amamentação para realização do teste definitivo de HIV do filho [1]. Em estudo sobre experiências da alimentação infantil em Kinshasa, na República Democrática do Congo, foi descrito que naquele período, em 2012, a OMS recomendava a “amamentação protegida”, isso é, direto no peito da mãe que estivesse em supressão viral, durante os primeiros 12 meses de vida do bebê caso o acesso à alimentação por fórmula fosse impossível, inviável, insustentável ou representasse insegurança à nutrição do bebê. Ainda assim, o artigo expõe dados de que, entre as mulheres pesquisadas, houve maior escolha pelo aleitamento materno exclusivo (n=19, 79,2%) em relação a alimentação exclusiva por fórmula (n=04, 16,7%) e alimentação mista (n=1, 4,2%). As escolhas pela amamentação entre mulheres vivendo com HIV estavam, nesse contexto, vinculadas a fatores como conhecimento sobre TV, acesso à água potável e outros recursos, opiniões do parceiro, empoderamento econômico, apoio social e compartilhamento do status sorológico com terceiros [10].

Estudos indicam que o desmame do filho pode ser fator preditor para o abandono do TARV, com maiores relatos de má adesão ao tratamento entre mulheres entrevistadas no período pós-parto superior a 6 meses [1; 12]. O estudo de Ruanda encontrou situações de

desmame desde os 13 meses até 2 anos do bebê, com consideráveis mudanças em relação à adesão, que pode indicar este como um momento crucial para mudança na percepção dessas mulheres - de um tratamento que envolve benefícios ao par mãe/bebê para um tratamento que envolve apenas benefícios à própria saúde [1].

São citados, ainda neste estudo [1], outros achados que indicam que em países como Malawi, Tanzânia e África do Sul também há queda de engajamento em cuidados de saúde e frequência de visita às clínicas entre mulheres vivendo com HIV após período determinado para amamentação do filho. Sendo assim, em países que descartam a possibilidade de amamentação, como é o caso do Brasil, é possível que a adesão tenha queda logo após o parto. Segundo estudo realizado no Malawi, de Hass *et al.* (2016), os três primeiros meses pós-parto constituem momento de baixa na adesão para a maioria das mulheres, independente da amamentação, o que indica que o período imediato após o nascimento do filho pode trazer mudanças significativas que dificultam o uso dos antirretrovirais.

No Malawi, mulheres que iniciaram TARV durante a gestação tiveram 1,5 vezes mais chances de adesão inadequada do que aquelas que não estavam grávidas. No entanto, entre as que engravidaram, aquelas que amamentaram seus filhos tiveram maiores estimativas de retenção aos atendimentos após 2 anos do nascimento do filho em comparação com as que não amamentaram (HASS *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a indicação ou não por amamentação entre mulheres vivendo com HIV ainda não é um consenso global, podendo representar tanto risco à transmissão vertical do vírus ao filho, quanto maiores incentivos à adesão do tratamento entre as mães.

A discussão sobre a ampliação do conceito de I=I (Indetectável=Intransmissível) para a amamentação têm ganhado voz, ainda que permaneça com pouco destaque em comparação às outras pautas relacionadas ao HIV/aids. No mais recente congresso mundial sobre o assunto, o AIDS2022 (<https://aids2022.org/>), pesquisadores, trabalhadores da área e pessoas vivendo com HIV realizaram manifestação que reivindicava uma posição mais clara da Organização Mundial da Saúde sobre o assunto. Em um movimento intitulado *Milky Movement* (com tradução literal para “Movimento leiteiro”) mulheres levantaram cartazes com dizeres sobre a necessidade da descriminalização do HIV e abertura para possibilidade de escolha das mães sobre a amamentação ou não de seus filhos.

Em sessão online ao vivo, na sala 510a do congresso AIDS2022, foi levantada a *#BreastisBest* (Peito é o melhor), com um debate marcados por falas como “Permita que a

mãe decida o que é melhor para ela e o bebê” e "O nascimento não é uma separação tão imediata quanto muitos pensam, o bebê ainda precisa da mãe".

Em estudo selecionado nesta revisão, achados indicam que o vínculo entre mãe e bebê, bem como as experiências vividas durante a gestação, parto e pós-parto, podem estar relacionadas a múltiplos significados relacionados ao tratamento antirretroviral. Após o término de uma gestação, a experiência bem sucedida de prevenção a transmissão vertical (PTV), o desejo de proteção do bebê não nascido com HIV, a necessidade de parecer mais saudáveis e de viver mais tempo são indicados como fatores de incentivo para adesão à TARV de mães entrevistadas [9].

De acordo com pesquisa realizada na Itália sobre amamentação entre 13 mulheres vivendo com HIV, entre elas duas nativas italianas e 11 imigrantes africanas que viviam no país europeu, todos os recém-nascidos obtiveram resultados negativos para RNA do HIV-1 durante o nascimento, no 1º, 3º e 6º mês após nascimento e 1º, 3º e 6º mês após a amamentação. Foram mantidas recomendações de supressão viral completa às mães e terapia profilática aos filhos (Zidovudina 2 mg/kg de peso corporal por via oral a cada 6 h por 4 semanas após nascimento) (PRESTILEO *et al.*, 2022).

Durante a conferência realizada em Londres (*18th European Aids Conference*, 2021) o pesquisador suíço Christian Kahlert, do Hospital Cantonal St. Gallen e Hospital Infantil do Leste da Suíça, apresentou resultados preliminares de uma pesquisa que acompanhou mães vivendo com HIV no país desde que o governo resolveu implementar mudanças no protocolo de saúde. Segundo dados da apresentação, ainda na gestação, as mulheres são apresentadas, pela equipe multidisciplinar, sobre informações e dados conhecidos sobre aspectos da amamentação (discussão sobre risco, benefícios, recomendações e diferentes desfechos possíveis) e decidem o que consideram melhor. De 41 participantes abordados inicialmente, 20 concordaram em amamentar e seguiram em acompanhamento, realizando, a partir dessa escolha, uma rotina de exames mais frequentes para monitorar sua carga viral, sendo que, mantendo taxas indetectáveis os pesquisadores passaram a não interferir na gestação, sem administrar qualquer medicamento profilático. Não houve nenhum registro de transmissão vertical nos casos acompanhados (KAHLERT, 2019; EACS, 2021; VASCONCELOS, 2021).

Conforme descrito em blog pessoal do médico infectologista Ricardo Vasconcelos, integrado ao domínio online *Uol VivaBem*, com matéria intitulada “Amamentação por mães que vivem com HIV: um debate calado” neste pequeno recorte populacional ainda “não tem poder de mudar nenhum protocolo clínico nacional, mas é potente o suficiente para mostrar

como na Suíça a saúde e o bem-estar de mães e filhos são realmente priorizados e levados a sério” (VASCONCELOS, R., 2021, p.1).

Segundo recomendações de 2018 da Comissão Federal Suíça para a Saúde Sexual (FCSH - *Swiss Federal Commission for Sexual Health*), descritas e discutidas na apresentação de Kahlert, os principais benefícios da amamentação estão nos custos envolvidos, sendo uma forma gratuita e eficaz de nutrição; na simplicidade e facilidade; nas vantagens para criação de vínculo e saúde mental de ambos; para saúde do bebê - com desenvolvimento de melhor microbiota e menor risco de desenvolvimento de doenças como eczema, pieira e asma - e da mãe - com melhor recuperação pós-parto, menor risco de câncer de mama e homeostase da glicose. Enquanto os possíveis malefícios estão na impossibilidade de descarte total da possibilidade de transmissão vertical; nas evidências do pós-parto como período vulnerável para adesão e sono irregular; nos riscos de resistência aos medicamentos administrados e na ainda insuficiente compreensão e aprofundamento de estudos sobre riscos de transmissão através do leite materno. (KAHLERT, 2019)

Diretrizes nacionais de regiões como o Reino Unido e a Suíça, colocam a escolha pela não amamentação ainda como recomendação mais segura em países de alta renda, sendo algumas das razões para a ainda resistente ampliação do conceito de risco zero (I=I) no contexto da amamentação: a. maior volume de exposição ao leite materno em comparação aos fluidos sexuais, b. maior percentual de células imunológicas no leite materno, células essas “alvo” do vírus HIV, c. replicação do HIV e ativação imunológica é maior no leite materno do que no sangue, d. inflamações causadas por lesões no tecido mamário podem aumentar porta de entrada, e. maior vulnerabilidade infantil e f. documentadas maiores dificuldade de adesão enfrentadas por mulheres no pós-parto, resultado do sono errático, depressão pós-parto e percepção de pouco suporte emocional (COLLINS, S, 2018).

Por vezes, mulheres que vivem com HIV, mesmo desejando e/ou necessitando amamentar seus filhos, podem se sentir inseguras durante o processo. Pesquisa realizada em... expôs o relato de uma mãe sobre a sensação de que seu leite materno estava impróprio para consumo. Diante do medo de precisar desmamar seu bebê precocemente, o aconselhamento da equipe médica se mostrou fundamental. Foram descritas orientações de extração do leite, incentivos à amamentação, repasse de informações sobre benefícios do leite materno para nutrição e proteção à infecções, e ajuda para posicionar corretamente o bebê [10].

Relatório produzido pela Unaid (2021a) documentou a contribuição da amamentação para a transmissão vertical do HIV, representando em 11 dos 21 países estudados - Moçambique, Zâmbia, Tanzânia, Quênia, Costa do Marfim, Malawi, Lesoto, Uganda, Essuatíni, África do Sul, Namíbia - metade ou mais das infecções por HIV entre crianças. O que pode estar relacionado à entrada tardia em cuidados pré-natais, início tardio de terapia antirretroviral, novas infecções por HIV durante o pós-parto e baixo engajamento a TARV durante gravidez e amamentação, com abandono de cuidados. Diante dessas possibilidades e dos desafios trazidos pela questão da amamentação no contexto do HIV/aids, artigo [10] aponta para a necessidade de assegurar que mulheres que vivem com HIV compreendam formas de minimizar a transmissão do vírus pelo leite materno, uma vez que, sem o entendimento necessário sobre riscos e benefícios pode-se subestimar a necessidade de cumprir recomendações de saúde.

A partir dos relatos de 40 mulheres congolezas lactantes que viviam com HIV, foi possível identificar baixo nível de conhecimento sobre transmissão vertical, pouca compreensão sobre papel da amamentação na transmissão ao bebê e escolha pela alimentação exclusiva pela amamentação diante de fatores como normas culturais relacionadas à nutrição infantil, falta de recursos financeiros [10]

4.6. Estratégias de enfrentamento

Durante o processo de sumarização de achados, foi possível perceber que os artigos encerram a discussão e conclusão apontando questões principais apresentadas pela população pesquisada e, a partir delas, sugerindo estratégias para redução ou superação dos problemas.

A partir das inquietações e desafios principais encontrados, foi produzido o *Quadro 14*, a fim de levantar achados descritos durante as discussões e conclusões dos estudos.

Quadro 14. Questões enfrentadas por mulheres que vivem com HIV e profissionais que as atendem

Inquietações e desafios enfrentados por:	Aspectos mencionados durante discussão e conclusão dos artigos
	<ul style="list-style-type: none"> • Medo do abandono de parceiros e atitudes negativas de terceiros que contribuem para má adesão à TARV [1; 2; 4; 5; 7; 9; 12]

<p>Mulheres que vivem com HIV e estão em Terapia Antirretroviral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamentos sobre TARV nos serviços de saúde e atitude de profissionais [5; 6; 8; 10; 11; 13; 14] • Estigma e medo de revelação diagnóstica diante de idas à clínica, tomada de comprimido ou armazenamento de caixas de antirretrovirais [1; 2; 6; 9] • Motivação para cuidado e percepções sobre necessidade do tratamento e benefícios trazidos pela TARV [2; 8; 10; 12; 14] • Experiências negativas com efeitos colaterais [1; 5; 9; 14] • Sentimentos de desesperança e descrença em medicação ARV [1] • Frustração e confusão relacionada à critérios de elegibilidade e justificativas não bem estabelecidas pelos serviços de saúde, com falta de clareza sobre prescrições de TARV plurianuais e/ou encaminhamento para farmácias de retirada facilitada [3] • Início do tratamento e integração dos antirretrovirais à rotina [9] • Medo de perdas gestacionais como fator para adesão a TARV [11] • Quebra de confiabilidade e entrega de resultados de exames, medicações ou repasse de informações a terceiros [6]
<p>Profissionais de saúde que as atendem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de oportunidades para abordar aspectos relacionadas ao planejamento da gravidez [7; 13] • Dificuldades para assegurar que mulheres vivendo com HIV compreendam relação entre amamentação e TV [10] • Estratégias para manter sigilo de pacientes [2] • Superlotação de serviços com pacientes que possuem HIV controlado e má distribuição do tempo de atendimento para casos excepcionais [3] • Confiabilidade no relato de pacientes sobre adesão à TARV [12] • Condições de trabalho e carga horária [3] • Má comunicação com as usuárias dos serviços [6] • Pressão social para engravidar, mesmo sem desejarem [7] • Atendimento focado no encaminhamento para serviços de referência e sem atenção para a criação de vínculo [6]

Fonte: Elaboração própria

A partir dos desafios expostos, os artigos propuseram caminhos para suas resoluções. A principal estratégia de enfrentamento citada pelos estudos foi o investimento em práticas de aconselhamento, sendo mencionada em todos os artigos.

O aconselhamento pode ser desempenhado por diferentes categorias profissionais ou campos científicos e, embora seja comum a utilização de teorias da psicologia em sua fundamentação e métodos, se utiliza de diferentes concepções teóricas para sua prática. No contexto do HIV/aids o aconselhamento surge como estratégia de prevenção, implementada durante as testagens anti-HIV, intervindo sobre o indivíduo para trabalhar a autonomia do sujeito, gestão de risco e informação sobre medidas preventivas. Com o tempo, a estratégia foi incorporada dentro de outras ações em saúde, como forma de produzir reflexão individual

sobre um determinado tema, utilizando-se de componentes de apoio emocional e educativo (PEQUENO *et al.*, 2013).

Os autores propuseram diferentes formas de abordagem e temáticas que deveriam estar presentes no aconselhamento de pacientes, que incluíam a orientação a fim de aumentar a crença na eficácia da TARV, demonstrando melhoras visíveis na aparência de pacientes e apresentando provas como, por exemplo, aumento de taxas CD4 [1; 4; 7; 8]; explicações sobre a não obviada da identificação de presença do HIV e postura de enfrentamento de estigmas [1; 6]; incentivo à mensagens que coloquem a TARV como um compromisso vitalício [14]; discussões sobre escolha de método de alimentação infantil pós-parto [10]; Planejamento Familiar [7]; abordagem sobre maternidade com inclusão de parceiros [8].

A propagação de informação é colocada como solução chave. É mencionado que o acesso à informação sobre maternidade e tratamento com antirretrovirais entre mulheres vivendo com HIV, gestantes, parturientes e puérperas pode ampliar escolhas saudáveis dessas populações [4; 7; 8; 11], a disseminação de informações sobre motivações para má adesão à TARV entre profissionais de saúde como possibilidade de identificação de sinais de alerta [5; 12] e direcionamento de mensagens também para as comunidades [14].

Também fica destacado o papel fundamental das redes de apoio e sua relação com a adoção de postura de enfrentamento aos desafios surgidos. O incentivo ao suporte social como, por exemplo, de cônjuges e familiares [7; 8; 9]; ao suporte institucional e emocional nos serviços de saúde, por parte de profissionais de saúde e assistência [1; 6; 8; 10]; e da interação entre outras mulheres vivendo com HIV na partilha de testemunhos [1; 13] são apontados como procedimentos importantes de reforço às recomendações de saúde e superação de medos e barreiras relacionados ao tratamento com antirretrovirais.

Dentro e fora dos muros das instituições, em níveis comunitários, o respeito aos Direitos Humanos e a postura de enfrentamento do estigma, discriminação e preconceito [6; 8] também ganham destaque nas conclusões dos trabalhos. Assumir atitude compreensiva por parte dos profissionais, com flexibilidade de condutas e adoção de postura aberta sobre necessidade do início do tratamento, com oportunidade de “tempo para pensar” [8] e abordagens adaptadas às realidades territoriais [3] e pessoais, que foquem na escuta individualizada de experiências e percepções [6; 3] são direções. É descrito, em relato de enfermeiras, que mulheres vivendo com HIV, ao deixarem as instituições de saúde, podem assumir postura de jogar cartelas de medicamentos fora, se não estiverem preparadas para encarar o compromisso vitalício do tratamento do HIV - e sua cronicidade [14].

Por fim, são apontadas aspectos do planejamento dos serviços e da infraestrutura de atendimento que podem facilitar o acesso aos antirretrovirais e diminuir obstáculos relacionados à adesão como, a gratuidade de serviços oferecidos [8], atenção ao consentimento informado para testagem anti-HIV, utilização de testes dentro dos padrões adequados, resultado final correto e sigilo garantido [6], sistema com agendamentos espaçados e rápidos para pacientes mais estáveis [3], possibilidade de cuidados em casa, maior facilidade para dispensação de medicamentos para terceiros, disposição de salas de espera evitando quaisquer indicações de diferença entre tratamentos realizados pelas usuárias do serviço tratamentos [2].

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados e análises realizadas, foi possível identificar uma série de fatores que interligam a Terapia Antirretroviral (TARV) à maternidade entre mulheres vivendo com HIV. Esta população pode se infectar com o vírus previamente à gravidez, durante ou após a gestação, sendo assim, podem se deparar com inquietações, desafios e vivências relacionadas ao ser mãe em diferentes momentos, seja a partir de seus desejos e intenções de gerar ou maternar um filho, de suas escolhas reprodutivas, durante o período gestacional, no parto, puerpério ou nos cuidados aos filhos, mesmo após desmame.

Foram selecionados 14 artigos, categorizados em quatro temáticas centrais de investigação: 1. Relação com o tratamento; 2. Decisão de engravidar; 3. Práticas em serviços de saúde e 4. Relação com o filho.

Os métodos utilizados na coleta de dados são, principalmente, entrevistas em profundidade (14), questionários (4) e discussões em grupos focais (3). A maioria dos artigos pesquisados foram realizados em países do continente africano, como África do Sul (3), Malawi (2), Tanzânia (2) e Uganda (2), com autoria também dos respectivos países, e adição marcante de autores dos Estados Unidos da América (6) e Suécia (2).

A escolha por tais regiões parece estar relacionada a maiores taxas de fecundidade, natalidade e prevalência de infecções por HIV na população geral, entre gestantes e crianças. São amplamente mencionadas estratégias como Opção A, Opção B e Opção B *Plus*, marcos globais no enfrentamento da TV.

Em relação ao comportamento reprodutivo, as discussões fomentadas pelos estudos selecionados não incluem discussões sobre sexualidade e prazer. Há alta valorização da maternidade entre mulheres, embora para aquelas que vivem com HIV exista menor percepção de escuta sobre desejos e intenções de engravidar e apoio à decisões reprodutivas entre profissionais de saúde, familiares, parceiros e pares.

Destaca-se, neste estudo, o levantamento e exposição de diferentes fatores para a adesão ao tratamento medicamentoso - separados entre individuais, sociais e assistenciais - com principais obstáculos relacionados aos efeitos colaterais adversos, a construção de percepções sobre benefícios do medicamento para saúde; ao desmame do filho, jejum e insegurança alimentar em contextos de dependência financeira e dificuldades socioeconômicas; estigma do HIV, não revelação diagnóstica por medo do abandono, apoio familiar e de parceiros; e realização de aconselhamento específico sobre adesão aos

antirretrovirais, com informações atualizadas, que respeitem Direitos Humanos, incluíam discussões sobre planejamento reprodutivo e forneçam apoio institucional e emocional a estas mulheres, com flexibilidade nas condutas e prescrições.

As análises e discussões proporcionadas pelos estudos evidenciaram relações existentes entre alimentação e terapia antirretroviral, seja interferindo na forma como essas mulheres se alimentam, modificando as dinâmicas de tomada dos medicamentos para evitar efeitos colaterais mais acentuados diante da falta de alimentação e/ou na ligação com a forma de alimentação do filho.

Investimentos em serviços de saúde podem ser uma saída para melhorias relacionadas ao tratamento com antirretrovirais no contexto da maternidade, por meio da contratação de profissionais de saúde qualificados, tratamento gratuito, próximo de casa, com aconselhamento, universalização de sistemas e prescrições nacionais.

Por fim, entre as estratégias de enfrentamento das questões levantadas, o acesso à informação e construção de vínculos - nas instituições de saúde, com profissionais abertos à escuta de demandas e flexíveis em suas recomendações; e fora delas, com incentivo ao apoio emocional de parcerias e familiares, com troca de experiências com outras mulheres vivendo com HIV e com enfrentamento do estigma nas comunidades - são evidenciados como meios de alcançar melhores resultados.

5.1. Limitações

A partir da interpretação final dos resultados desse estudo a principal limitação encontrada foi a restrição territorial encontrada a partir da busca e seleção dos artigos. Há necessidade de se estudar a temática partindo da percepção de participantes que residam no norte global. Em sua totalidade, foram selecionados estudos com participantes de países africanos, embora os pesquisadores sejam, em sua maioria, dos Estados Unidos e Europa.

REFERÊNCIAS

ABAYNEW, Y. DERIBEWM A.; DERIBE, K. Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case control study. *Aids Research and therapy*, v.8, n.8, 2011

ABDALLA F. T. M.; NICHATA, L. Y. I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Sociedade*, v.17, n.2, pp.140-152, 2008

AGUIAR, R. S.; ARAÚJO, A. B. D. M. ; COSTA, M.A.; AGUIAR, N. Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. *Cogitare. Enferm.*, v.18, n.3, p.527-531, 2013

ARAUJO, A. M. **Retratos da aids**: um estudo preliminar a partir de obras audiovisuais selecionadas. (Teses de conclusão de graduação em serviço social). Niteroi: Universidade Federal Fluminense, 2015.

BANGBERG, D. R.; CHARLEBOIS, E. D.; GRANT, R. M.; HOLODNIY, M. E.; DEEKS, S. G. B.; PERRY, S. F.; CONROY, K. N.; CLARK, R.; GUZMAN, D. A.; ZOLOPA, A.; MOSS, A.. High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. *AIDS*. v.17, p.1925–1932, 2003.

BARROS, V. D. L.; LEITE, M.A.A.; ALCÂNTARA, M. N. A.; GUANABARA, M. A. O.; MELO, S. P. D.; GUEDES, S. D. S. S. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/Aids à terapia anti-retroviral. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 24, n.4, pp. 396-403, 2011

BOSI, E. **O tempo vivo da memória**: Ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D. (org) **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil desafios para equidade e acesso**. Brasília: Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e aids, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.84, Brasília/DF, 2008

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: Assistência humanizada à mulher. Brasília/DF: Secretaria de Políticas da Saúde, Área da Mulher, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminilização da epidemia de aids e outras DST**. Brasília/DF, 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Ofício Circular nº11/2020** /CGIST/DCCI/SVS/MS, 2022. Disponível em: <http://azt.aids.gov.br/documentos/Informe%20n%C2%BA%2013_20%20-%20Of._Circular%2011_20%20-%20atualiz.%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20TARV%20em%20gestantes.pdf> Acesso em Ago/2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa Nº 1/2022-CGIST/DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar, 2022. Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2012022-CGIST.DCCI.SVS.MS%20-%20uso%20de%20DTG%20em%20gestantes%20e%20MVHIV.pdf>>. Acesso em Nov/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV. Brasília/DF, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV.. Brasília/DF, 2019

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecções pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, 2001

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p. 1889- 1898, 2008.

CASTELÃO, A. I. F. **A epidemiologia da infecção por HIV-2**. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), 2013

CAZEIN, F.; HAMERS, F. F.; ALIX, J.; BRUNET, J. B. Prevalência da infecção por HIV-2 na Europa. **Euro Surveill**, v.1, n.3, 1996

COLLINS, S. Why U=U Does Not Cover Breastfeeding. TheBodyPro [Website], HIV Prevention Methods, Nov., 2018. Disponível em: <<https://www.thebodypro.com/article/why-uu-does-not-cover-breastfeeding>>. Acesso em: Out.2022

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**: Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DIJK, M. G. V.; WILSON, K. S.; SILVA, M.; CONTRERAS, X.; FUKUNDA, H. D.; GARCIA, S. G. Health care experiences of HIV-infected women with fertility desires in Mexico: A qualitative study. **Journal of the association of nurses in aids care**, 2013

DUARTE, G. QUINTANA, S. M.; BEITUNE, P. E. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.27, n.12, p 768 – 778, 2005.

DUNDA, F. F. E. A cooperação sul-sul brasileira em HIV/aids: a doação de antirretrovirais como soft power do Brasil no cenário internacional. **Rev. Carta Inter.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 109-136, 2008

EACS, European AIDS Clinical Society. 18^a European Aids Conference. Presentation Synopsis: Does U equal U apply for women after all? [Speaker: Christian Kahlert]. London: United Kingdom, Outubro, 2021. <Disponível em: <https://eacs-conference2021.com/programme/conference-synopses-/ps14-biography-christian-kahlert/>> Acesso em Out. 2022

EZEKIEL, M. J.; LEYNA, G. H.; KAKOKO, D. C.; MMBAGA, E. J. Attitudes towards and perceptions of reproductive health needs of person living with HIV/AIDS in rural Kilimanjaro, Tanzânia. **Culture, Health & Sexuality: An international journal for research, intervention and care**, v.14, n.10, p.1153-1165, 2012.

FIGUEREDO, P. R. **I=I (indetectável=intransmissível)**: novos sentidos de infecção para quem vive com HIV/aids, novos desafios para a resposta à epidemia. (Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade de São Paulo), 2020

FINOCCHARIO-KESSLER, S.; BASTOS, F. I.; MALTA, M.; ANDERSON, J.; GOGGIN, K.; SWEAT, M.; DARIOTIS, J.; BERTONI, N.; KERRIGAN, D. Discussing childbearing with HIV-infected women of reproductive age in clinical care: A comparison of Brazil and the US. **AIDS behavior**, v.16, p.99-107, 2012

FREIRE, M. M. L.; BONAN, C.; NAKANO, A. R. Medicalização da gestação e do parto nas páginas da revista Claudia, 1961-1990. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.25, n.4, p. 959-977, 2018

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão simática de literatura: Conceituação, produção e publicação. **LOGEION: Filosofia da informação**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.57-73, 2020

GOMBACHIKA, B. C.; FJELD, H. In search of a face: Childbearing decisions among couples living with HIV from rural southern Malawi. **African Journal of AIDS Research**, v.13, n1. p.21-29, 2014

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Experiência da maternidade no contexto do HIV/aids aos três meses de vida do bebê. **Psicologia: teoria e prática**, v.24, n.4, p.459-470, 2008.

HAAS, A. D.; MSUKWA, M. T.; EGGER, M.; TENTHANI, L.; TWEYA, H.; JAHN, A.; GADABU, O. J.; TAL, L.; SALAZAR-VIZCAYAM, L.; ESTILL, J.; SPOERRI, A.; PHIRI, N.; CHIMBWANDIRA, F.; VAN OOSTERHOUT, J. J.; KEISER, O. Adherence to Antiretroviral Therapy During and After Pregnancy: Cohort Study on Women Receiving Care in Malawi's Option B+ Program. **Clin Infect Dis**, v. 63, n.9, p.1227-1235, 2016.

HERLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público: a aids em seis jornais franceses. Rio de Janeiro: **Physis- Revista Saúde Coletiva**, Supl, 15, p 71-101, 2005.

KAHLERT, C. R. How to counsel women living with HIV who are breastfeeding in high-income settings?. Basileia: WAVE Workshop, **EACS**, 2019. Disponível em: < https://www.eacsociety.org/media/wave_workshops_basel_breastfeeding_counseling_christian_kahlert.pdf>. Acesso em Out. 2022

KENNEDY, V. L.; SERGHIDES, L.; RABOUD, L. RABOUD, J. M. SU, D. BLITZ, S.; HART, T. A.; HALMSLEY, S. L.; ANGEL, J. B.; SAMILL, F. M.; RALPH, E. D.; THARAO, W. E.; LOUTFY, M. R; Ontario HIV Fertility Research Team. The importance of motherhood in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada. **AIDS Care**, v. 26, n.6, p.777-784, 2014

KEOGH, S. C.; URASSA, M.; ROURA, M.; KUMOGOLA, Y.; KALONGOJI, S.; KIMARO, D.; CHANGALUCHA, J.; ZABA, B. The impact of antenatal HIV diagnosis on postpartum childbearing desires in northern Tanzania: a mixed methods study. **Reproductive health matters**, v.20, n.395, p.39-49, 2012

LIAMPUTTONG, P.; HARITAVORN, N. My life as Mae Tid Chua [mothers who contracted HIV disease]: Motherhood and women living with HIV/aids in central Thailand. **Midwifery**, 2014

LIGNANI, L. J.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação de aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/aids. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.6, p. 495-501, 2001.

LIMA, H. M. M. Diagnóstico Situacional sobre a implementação da recomendação Opção B+, da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no âmbito da comunidade de países de língua portuguesa - CPLP. **Relatório Final**, volume único, 2018.

MACHADO, A. G.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; VIEIRA, L. B.; CARMO, D. B. P. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/aids. Fortaleza: **Revista Rene**, v.11, n.2, p. 79-85, 2010a

MACHADO, M. M. T.; BRAGA, M. Q. C.; GALVÃO, M. T. G. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. São Paulo: **Revista Escola Enfermagem USP**, v.44, n.1, p.120-125, 2010b

MEIRA, M. M.; IBARRA, S. A.; SANTOS, E. K. A. Inibição da lactação: (re) visitando a literatura. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.10, n.3, p.805-815, 2008

MINDRY, D.; WANYENZE, R. K.; BEYEZA-KASHESYA, J.; WOLDETSADIK, M. A.; FINOCCHARIO-KESSLER, S.; GOGGIN, K.; WAGNER, G. Safer conception for couples affected by HIV: Structural and cultural considerations in the delivery of safer conception care in Uganda. **Aids behavior**, 2017

MIRANDA, A. E.; PEREIRA, G. F. M.; ARAUJO, M. A. L.; SILVEIRA, M. F.; TAVARES, L. D. L.; SILVA, L. C. F. D.; MOREIRA-SILVA, S. F.; SARACENI, V. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.9, 2016

MOKWENA, K.; BOGALE, Y. R. Fertility intention and use of contraception among women living with the human immunodeficiency virus in Oromia Region, Ethiopia. **South African family practice**, v.59, n.1, 46-51, 2017

MOREIRA, R. D. S.; SANTOS, L. F. R. D.; SOUSA, M. H. O. Organização Mundial da Saúde origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19. **Estudos Universitários: revista de cultura**, v. 37 , n. 1 e 2 , 2020

MORENO, C. C. G. S.; REA, M. F.; FILIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. Recife: **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v.6, n.2, p.199-208, 2006

MOURA, E. R. F.; LIMA, D. M. C.; SILVA, R. M. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade. **Revista cubana de enfermagem**, v.28, n.1, p.37-48, 2012

NELVO, R. V. Biomedicalizacao dos laços de parentesco: tecendo arranjos sociais e limites interpessoais entre mulheres soropositivas. **Aceno - Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v.5, n.9, pp.47-66, 2018.

NGURE, K.; BAETEN, J. M.; MUGO, N.; CURRAN, K.; VUSHA, S.; HEFFRON, R.; CELUM, C.; SHELL-DUNCAN, B. My intention was a child but I was very afraid: fertility intentions and HIV risk perceptions among HIV-serodiscordant couples experiencing pregnancy in Kenya. **AIDS care**, v.26, n.10, p.1283-1287, 2014

OLIVEIRA, F.; KERR, L.; FROTA, A.; NÓBREGA, A.; BRUNO, Z.; LEITÃO, T.; KENDALL, C.; GALVÃO, M. HIV-positive women in northeast Brazil: Tubal sterilization, medical recommendation and reproductive rights. **AIDS Care**, v.19, n.10, p.1258-1265, 2007

OLIVEIRA, G. S.; MIRANDA, M. I.; CORDEIRO, E. M.; SAAD, N. S. Metassíntese: uma modalidade de pesquisa qualitativa. In: Cadernos da Fucamp, UNIFUCAMP, v.19, n.42, p.145-156, Monte Carmelo, MG, 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde (WHO) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing hiv infection. Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: < < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Acesso em ago/2022

OMS, Organização Mundial da Saúde (WHO) Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis. Geneva: World Health Organization, 2015.

OMS, Organização Mundial da Saúde (WHO). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195400/> >. Acesso em ago/2022

OMS, Organização Mundial da Saúde (WHO). Guidelines approved by the guidelines review committee. In: Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach: 2010 version. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75236/9789241599818_eng.pdf?sequence=1 > Acesso em ago/2022

ONUSIDA, Programa conjunto das nações Unidas sobre HIV/aids. **En Peligro:** Atualização mundial sobre a Sida, 2022.

PEQUENO, C. S.; MACÊDO, S. M.; MIRANDA, K. C. L. Aconselhamento em HIV/aids: Pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p 437-41, 2013

PEREIRA, J. S. **Mulheres vivendo com HIV:** fatores associados ao planejamento da primeira gravidez após o diagnóstico. Universidade de Sao Paulo, Faculdade de Saude Publica. Dissertacao de mestrado, Sao Paulo, 2019

PRESTILEO, T.; ADRIANA, S.; LORENZA, D. M.; ARGO, A. From Undetectable Equals Untransmittable (U=U) to Breastfeeding: Is the Jump Short?. **Infectious Disease Reports**, v.14, p.220-227, 2022.

RAUGI, D. N.; NIXON, R. S.; LEONG, S. FAYE, K.; DIATTA, J. P. ; SALL, F.; SMITH, R. A.; SALL, E. L.; MALOMAR, J. J.; SEYDI, M.; GOTTLIEB, G. S.; HIV-2 Drug Resistance Genotyping from Dried Blood Spots; **Jornal Clin. Microbiol**, v.59, 2021

ROSSI, A. M.; ALBANESE, S. P. R.; VOGLER, I. H.; PIERI, F. M.; LENTINE, E. C.; BIROLIM, M. M.; DESSUNTI, E. M. Cascata do cuidado do HIV a partir do diagnóstico em Centro de Testagem e Aconselhamento. **Rev. Bras. Enferm.**, v.73, n.6, 2020

ROSSI, S. M. G.; MALUF, E. C. P.; CARVALHO, D. S.; RIBEIRO, C. E. L.; BATTAGLIN, C. R. P. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consenso de tratamento da aids no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v.32, n.2, p.117-123, 2012

SANT'ANNA, P. A. Estudo dos Arquétipos nos sonhos de portadores do HIV. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SANTOS, N. J. S. Ética e HIV/aids: Reprodução assistida, do desejo reprodutivo a gestão de risco. In: SILVA, S.R.; OLIVEIRA, R.A. (orgs) **Ética e HIV/aids:** Uma epidemia que se sustenta. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2017

SANTOS, W. S.; MEDEIROS, M.; MUNARI, D. B.; OLIVEIRA, N. F.; MACHADO, A. R. **M. Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.2, p.250-258, 2012

SCHRAIBER, L. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativa em estudos sobre a profissão médica. **Revista saúde pública**, v. 29, n.1, p.63-74, 1985

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Nota Informativa nº02/2017: Indetectável igual a intransmissível. São Paulo, nov/2017. Disponível em: <<http://www.rnpvha.org.br/wp-content/uploads/2018/01/NOTA-INFORMATIVA-N%C2%B4A-02.pdf>>

Sociedade Brasileira de Infectologia. Comitê Científico de HIV/AIDS. Parecer técnico: Indetectável = Intransmissível. São Paulo, 2018 Disponível em: <<https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2018/01/540b4eb3f9ac95db79b1e70d4587b724677ff53a4ea5c27612505d05f6e6d52e.pdf>> Acesso em: Maio/2020

SOFOLAHAN, Y. A.; AIRHIHENBUWA, C. O. Cultural expectations and reproductive desires: Experiences of south african women living with HIV/AIDS (WLHA). **Health Care for Women International**, v.34, p.263-280, 2013

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrang Brasil, 2ª edição, 2000

SOUZA, M. R.; AMARAL, W. N.; GUIMARÃES, R. A.; REZZA, G.; BRUNINI, S. M. Reproductive desire among women living with HIV/AIDS in Central Brazil: Prevalence and associated factors. **PLoS one**, 2017

SOUZA, M. V. N.; ALMEIDA, M. V. Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras. **Quím. Nova**, v. 26, n.3, 2003.

STRODE, A.; MTHEMBU, S.; ESSACK, Z. “She made up a choice for me”: 22 HIV-positive women’s experiences of involuntary sterilization in two South African provinces. **Reproductive Health Matters**, v. 20, sup.395, p.61-69, 2012

TITANJI, B. K.; TEGOMOH, B.; NEMATOLLAHI, S.; KONOMOS, M.; KULKARNI, P. A. Monkeypox: a comtemporary review for healthcare professionals. Open forum infectious diseases - OFID, 2022

THOMPSON, E. Couple childbearing desires, intentions, and births. **Demography**, v.34, n.3, p.343-354, 1997

THOMSON, K. A.; DHANIREDDY, S.; ANDRASIK, M.; HANCUCH, K.; LEGG, L.; KEANE-CANDIB, J.; HEFFRON, R. , Fertility desires and preferences for safer conception strategies among people receiving care for HIV at a publicly-funded clinic in Seattle, WA. **AIDS Care**, v.30, n1, p.121-129, 2017

UNAIDS, Programa conjunto das nações Unidas sobre HIV/aids. **90-90-90** Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS, 2015

UNAIDS, Programa conjunto das nações Unidas sobre HIV/aids. **Start Free, Stay Free, AIDS Free: Final report on 2020 targets**, 2021a

UNAIDS, Programa conjunto das nações Unidas sobre HIV/aids. **Unequal, unprepared, under threat: Why bold action against inequalities is needed to end aids, stop covid 19 and prepare for future pandemics**, World aids day report, 2021b

VASCONCELOS, A. L. R.; HAMANN, E. M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. Recife: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5, n.4, p.483-492, 2005.

VASCONCELOS, R. Opinião: Amamentação por mães que vivem com HIV: Um debate Calado. Uol: Viva Bem [WebSite]. Nov, 2021. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/colunas/rico-vasconcelos/2021/11/19/amamentacao-por-maes-que-vivem-com-hiv-um-debate-calado.htm>>. Acesso em Out.2022

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.369-379, 1999.

ZABINA, H.; KISSIN, D. ; PERVYSHEVA, E. ; MYTIL, A. ; DUDCHENKO, O. ; JAMIESON, D. ; HILLIS, S. Abandonment of infants by HIV-positive women in Russia and prevention measures, v.17, n.33, p.162-170, 2009.

ZACKIEWICZ, C. **Investigação das práticas de automedicação em pacientes crônicos sob terapia medicamentosa** (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003

ZILMAN, K. F.; ALVARENGA, A. T. What is this desire? Reproductive decisions among women living with HIV/aids from psychoanalysis perspective. São Paulo: **Saúde Sociedade**, v.24, n.2, p.633-645. 2015

REFERÊNCIAS - ARTIGOS SELECIONADOS REVISÃO SISTEMÁTICA

1. GILL, M. M.; UMOTONI, A.; HOFFMAN, H. J.; NDATIMANA, D.; NDAYISABA, G. F.; KIBITENGA, S.; MUGWANEZA, P.; ASIIMWE, A.; BOBROW, E. A. Understanding Antiretroviral Treatment Adherence Among HIV-Positive Women at Four Postpartum Time Intervals: Qualitative Results from the Kabehe Study in Rwanda, **Aids Patient Care and STDs**, v. 31, n. 2, 2017

2. WEBER, A. Z.; PELLOWSKI, J. A.; BRITAIN, K.; HARRISON, A.; PHILLIPS, T. K.; ZERBE, A.; ABRAMS, E. J.; MYER, L. "This is My Life We are Talking About": Adaptive Strategies for HIV Care Retention and Treatment Adherence Among Postpartum Women Living with HIV in Cape Town, South Africa, **Maternal and Child Health Journal**, 2020

3. CHIMUKUCHE, R.; WRINGE, A.; SONGO, J.; HASSAN, F.; LUWANDA, L.; KALUA, T.; MOSHABELA, M.; RENJU, J.; SEELEY, J. Investigating the implementation of differentiated HIV services and implications for pregnant and postpartum women: A mixed

methods multi-country study, **Glob Public Health**, v.16, n.2, p.274-287, 2021

4. AWITI UJIJI, O.; EKSTROM, A. M.; ILAKO, F.; INDALO, D.; RUBENSON, B. "I will not let my HIV status stand in the way." Decisions on motherhood among women on ART in a slum in Kenya- a qualitative study, **BMC Women's Health**, v.10, n.13, 2010

5. ADENIYI, O. V.; AJAYI, A. I.; GOON, D. T.; OWOLABI, E. O.; EBOH, A.; LAMBERT, J. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy among pregnant women in the Eastern Cape, South Africa, **BMC Infectious Diseases**, v. 18, n 185, 2018

6. MADHIVANAN, P.; KRUPP, K.; KULKARNI, V.; KULKARNI, S.; VAIDYA, N.; SHAHEEN, R.; PHILPOTT, S.; FISHER, C. HIV testing among pregnant women living with HIV in India: Are private healthcare providers routinely violating women's human rights?, **BMC International Health & Human Rights**, v.14, n.7, 2014

7. BISECK, T.; KUMWENDA, S.; KALULU, K.; CHIDZIWISANO, K.; KALUMBI, L. Exploring fertility decisions among pregnant HIV positive women on antiretroviral therapy at a health centre in Balaka, Malawi: A descriptive qualitative, **Malawi Medical Journal**, v.27, n.4, p.128-134, 2015

8. LUMBANTORUAN, C.; KERMODE, M. GIYAI, A.; ANG, A.; KEIAHER, M. Understanding women's uptake and adherence in option b+ for prevention of mother-to-child hiv transmission in papua, Indonesia: A qualitative study, **PLoS ONE**, v.13, n.6, 2018

9. AREGBESOLA, O. H.; ADEOYE, I. A. Self-efficacy and antiretroviral therapy adherence among hiv positive pregnant women in south-west nigeria: A mixed methods study, **Tanzania Journal of Health Research**, v.20, n.4, 2018

10. MAMAN, S.; CATHCART, R.; BURKHARDT, G.; OMBA, S.; DEIDRE, T.; BEHETS, F. The infant feeding choices and experiences of women living with HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, **AIDS Care**, v.24, n.2, p. 259-265, 2012

11. KISAKYE, P.; AKENA, W. O.; KAYE, D. K. Pregnancy decisions among HIV-positive pregnant women in Mulago Hospital, Uganda, **Culture, Health & Sexuality**, v. 12, n.4, p.445-454, 2010

12. NGARINA, M.; POPENOE, R.; KILEWO, C.; BIBERFELD, G.; EKSTROM, A. M. Reasons for poor adherence to antiretroviral therapy postnatally in HIV-1 infected women treated for their own health: Experiences from the Mitra Plus study in Tanzania, **BMC Public Health**, v.13, n.450, 2013

13. KASTNER, J. MATTHEWS, L. T.; FLAVIA, N.; BAJUNIRWE, F.; ERIKSON, S.; BERRY, N. S.; KAIDA, A. Antiretroviral therapy helps HIV-positive women navigate social expectations for and clinical recommendations against childbearing in Uganda, **AIDS Research and Treatment**, 2014

14. KATIRAYI, L.; CHOURAYA, C.; KUDIABOR, K.; MAHDI, M. A.; KIEFFER, M. P.; MOLAND, K. M.; TYLLESKAR, T. Lessons learned from the PMTCT program in Swaziland: challenges with accepting lifelong ART for pregnant and lactating women - a qualitative study, **BMC Public Health**, v.16, n.1119, 2016

ANEXOS

ANEXO 1. PROTOCOLO DE REVISÃO

OBJETIVOS:

Investigar, a partir da construção de uma metassíntese de estudos qualitativos e mistos, a maternidade de mulheres vivendo com HIV em uso de Terapia Antirretroviral (TARV). Explorando aspectos da literatura sobre o uso da TARV e prevenção da Transmissão Vertical do HIV pela perspectiva das mulheres que vivem com o vírus. Investigando a aceitabilidade, adesão, retenção e decisões relacionadas à TARV entre mulheres gestantes e puérperas e comparando estratégias usadas por essas mulheres e por profissionais de saúde que prestem assistência a elas. E por fim, identificando barreiras e facilitadores no cuidado à saúde de mulheres vivendo com HIV e/ou casais onde a mulher vive com o vírus, em tratamento com antirretrovirais e que decidam ter filhos biológicos.

QUESTÃO DE PESQUISA:

O que indica a literatura científica sobre a percepção de mulheres vivendo com HIV de suas experiências relacionadas à Terapia Antirretroviral no contexto da maternidade (gestação, parto e pós-parto)?

CRITÉRIO DE SELEÇÃO DE FONTES:

As fontes de informação da busca são as bases de dados PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, CINAHL, Lilacs, que foram escolhidos por estarem disponíveis online e proporcionarem acesso a estudos da área médica, da área de ciências sociais e humanas em saúde e estudos de natureza qualitativa.

MÉTODO DE BUSCA DE FONTES:

O método para busca foi através do uso de palavras-chaves pré-estabelecidas e em língua inglesa. A estratégia foi pensada com base no tema, sem data pré-definida de recorte e apenas a partir do aparecimento dos descritores em Título e/ou Resumo.

A busca foi realizada em 7 de outubro de 2021.

DESCRITORES E ESTRATÉGIA DE BUSCA:

“Agents, Anti-Retroviral” OR “Agents, Antiretroviral” OR “Anti Retroviral Agents” OR “Antiretroviral Agents” OR “Antiretroviral Therapy” OR “Adherence, Drug” OR “Adherence, Medication” OR “Compliance, Drug” OR “Compliance, Medication” OR “Drug Adherence” OR “Drug Compliance” AND “HIV” OR “Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus” OR “Acquired Immunodeficiency Syndrome Virus” OR “AIDS Virus” OR “AIDS Viruses” OR “aids” AND “Pregnant Woman” OR “Woman, Pregnant” OR “Women, Pregnant” OR “Women, Postpartum” OR “Postpartum Women” AND “Reproductive Behavior” OR “Behavior, Reproductive” OR “Pregnancy” OR “Gestation” or “Pregnancies” or “Parturition” OR “Parturitions” OR “Postpartum Period” OR “Period, Postpartum” or “Postpartum” OR “Puerperium”

IDIOMA DOS ARTIGOS:

Inglês, Português e Espanhol.

CRITÉRIOS E ELEGIBILIDADE:

Crítérios de inclusão:

- a) Estudos que investigam a maternidade sob a ótica das próprias mulheres que vivem com HIV e façam uso de Terapia Antirretroviral (estejam elas, dentro do estudo, pertencendo a um casal ou não).
- b) Investigações realizadas com profissionais de saúde que forneçam assistência durante os períodos descritos (gestação, parto ou pós-parto), sob a ótica de suas intervenções e estratégias no atendimento às mulheres que vivem com HIV.
- c) Possuem metodologia do tipo qualitativa e/ou mista.
- d) Abordam o HIV como infecção principal de investigação.
- e) Abordam sobre aspectos relacionados ao uso de antirretrovirais.

Crítérios de exclusão:

- a) Estudos que investigam aspectos da parentalidade, mas apenas a partir da visão dos homens que vivem com HIV, parceirinhas individualmente e/ou de familiares.
- b) Artigos de revisão, de opinião, editoriais, diretrizes governamentais e/ou resenhas.

- c) Estudos que se enquadrem em outras áreas do conhecimento, como assistência social ou educação.

CRITÉRIOS DE QUALIDADE DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS:

Serão selecionados apenas artigos originais e autorizados pelos autores, que estejam publicados em revistas indexadas. A leitura dos resumos buscará intervenções e/ou investigações sobre as relações existentes entre maternidade e uso de Terapia Antirretroviral (TARV). A revisão busca realizar comparações e análises sobre as seguintes questões, sob a perspectiva das mães, gestantes e puérperas que vivam com HIV ou de profissionais de saúde que prestem assistência a elas:

- a. Transmissão Vertical do HIV.
- b. Aceitabilidade a medicamentos antirretrovirais, adesão e retenção ao tratamento.
- c. Estratégias e cuidados à saúde durante gestação, parto e/ou pós-parto.
- d. Decisões frente a maternidade e decisão de ter filho entre casais onde a mulher vive com HIV e realiza Terapia Antirretroviral

ESTRATÉGIA DE EXTRAÇÃO DE INFORMAÇÕES:

Cada um dos artigos que se encaixem nos critérios de elegibilidade descritos será organizado em tabela com informações básicas (Nome, Autores, Ano de publicação, País de origem dos participantes, País de origem dos autores, Tipo de metodologia), também haverá uma síntese dos resultados, análises e conclusões encontradas a partir da leitura na íntegra, buscando focalizar os pontos importantes de convergência relacionados às temáticas nos critérios primários de seleção.

SUMARIZAÇÃO DOS RESULTADOS:

A partir dos resultados encontrados será produzido um relatório que sintetizará evidências e análises de forma a produzir uma nova interpretação sobre o fenômeno investigado. O trabalho pretende contribuir para o pensamento crítico acerca do uso de tecnologias antirretrovirais entre mulheres vivendo com HIV, em especial relacionadas à reprodução e vivência da maternidade.

ANEXO 2. HISTÓRICO DE BUSCAS DETALHADO DE REVISÃO

1. Descritores utilizados na segunda busca e estratégias associadas - 23 de Junho de 2021

Português	“ Antirretrovirais ” ou “ARV” ou “Agentes Antirretrovirais” ou “Antirretroviral” ou “Fármacos Antirretrovirais” ou “Medicamentos Antirretrovirais” E “ Gravidez ” ou “Gestação” OU “ Parto ” “Alívio” ou “Nascimento” ou “Parição” ou “Parturição” OU “ Período Pós-Parto ” ou “Puerpério”
Inglês	“ Anti-Retroviral agents ” or “Agents, Anti-Retroviral” or “Agents, Antiretroviral” or “Anti Retroviral Agents” or “Antiretroviral Agents AND “ Pregnancy ” or “Gestation” or “Pregnancies” OR “ Parturition ” “Birth” or “Births” or “Childbirth” or “Childbirths” or “Parturitions” or “ Postpartum Period ” or “Period, Postpartum” or “Postpartum” or “Puerperium”
Espanhol	“ Antirretrovirales ” o “ARV” o “Agentes Anti Retrovirales” o “Agentes Antirretrovirales” o “Agentes Antirretrovíricos” o “Antirretrovíricos” o “Fármacos Antirretrovirales” o “Fármacos Antirretrovíricos” y “Embarazo” o “ Parto ” o “Alumbramiento” o “Nacimiento” o “Nacimiento de Niño” o “Parición” o “Parturición” O “ Periodo Posparto ” o “Periodo Postparto” o “Periodo de Posparto” o “Periodo de Postparto” o “Puerperio”

2. Descritores utilizados na terceira busca e estratégias associadas - 22 de Setembro de 2021

Português	“ Antirretrovirais ” ou “ARV” ou “Agentes Antirretrovirais” ou “Antirretroviral” ou “Fármacos Antirretrovirais” ou “Medicamentos Antirretrovirais” ou Fármacos Anti-HIV ou Terapia Antirretroviral E “ Gestantes ” e “Grávidas” ou “Mulher Grávida” ou “Mulheres Grávidas” ou “Parturiente” ou “Parturientes” OU “ Cuidado Pré-Natal ” ou “Assistência Antenatal” ou “Assistência Pré-Natal” ou “Pré-Natal” ou “ Parto ” “Alívio” ou “Nascimento” ou “Parição” ou “Parturição” OU “ Período Pós-Parto ” ou “Puerpério” E Ensaio Clínico[Filtro] ou Ensaio Randomizado Controlado[Filtro] ou Revisão[Filtro] ou Revisão sistemática[Filtro]
Inglês	“ Anti-Retroviral agents ” or “Agents, Anti-Retroviral” or “Agents, Antiretroviral” or “Anti Retroviral Agents” or “Antiretroviral Agents” or “Anti-HIV Agents” or “Antiretroviral Therapy” AND “ Pregnant women ” or “Women pregnant” or “Pregnancies” “Postpartum Women” or “Puerperium” or “Women, Postpartum” or “ Prenatal Care ” or “Antenatal Care” or “Care Antenatal” or “Care Prenatal” or “ Parturition ” or “Parturitions” or “ Postpartum Period ” or “Period, Postpartum” or “Postpartum” or “Puerperium” NOT “ Pharmaco ” AND Clinical Trial[Filter] or Randomized Controlled Trial[Filter] or Review[Filter] or Systematic Review[Filter]
Espanhol	“ Antirretrovirales ” o “ARV” o “Agentes Anti Retrovirales” o “Agentes Antirretrovirales” o “Agentes Antirretrovíricos” o “Antirretrovíricos” o “Fármacos Antirretrovirales” o “Fármacos Antirretrovíricos” o Fármacos Anti-VIH o Terapia

	<p>Antirretroviral Y “Mujeres Embarazadas” o “Embarazadas” o “Mujer Embarazada” O “Atención Prenatal” o “Asistencia Prenatal” o “Atención Antenatal” O “Parto” o “Alumbramiento” o “Nacimiento” o “Nacimiento de Niño” o “Parición” o “Parturición” O “Periodo Posparto” o “Periodo Postparto” o “Periodo de Posparto” o “Periodo de Postparto” o “Puerperio”</p> <p>Y Ensayo clínico[Filtro] o Ensayo controlado aleatorizado[Filtro] o Revisión[Filtro] o Revisión sistemática[Filtro]</p>
--	--

3. Descritores utilizados na última busca e estratégias associadas - 07 de Outubro, 2021

Português	<p>“Antirretrovirais” ou “ARV” ou “Agentes Antirretrovirais” ou “Antirretroviral” ou “Fármacos Antirretrovirais” ou “Medicamentos Antirretrovirais” ou “Fármacos Anti-HIV” ou “Terapia Antirretroviral” E “Adesão à Medicação” ou “Aderência ao Medicamento” ou Aderência ao Tratamento Medicamentoso ou “Aderência à Medicação” ou “Adesão ao Medicamento” ou “Adesão ao Tratamento Farmacológico” ou “Adesão ao Tratamento Medicamentoso” E “HIV” ou “Vírus da AIDS” ou “Vírus da Imunodeficiência Humana” ou “Virus de Imunodeficiência Humana” ou “aids” E “Gestantes” e “Grávidas” ou “Mulher Grávida” ou “Mulheres Grávidas” ou “Parturiente” ou “Parturientes” E “Comportamento Reprodutivo” OU “Gravidez” ou “Gestação” OU “Parto” “Alívio” ou “Nascimento” ou “Parição” ou “Parturição” OU “Período Pós-Parto” ou “Puerpério”</p>
Inglês	<p>“Agents, Anti-Retroviral” or “Agents, Antiretroviral” or “Anti Retroviral Agents” or “Antiretroviral Agents” or “Antiretroviral Therapy” or “Adherence, Drug” or “Adherence, Medication” or “Compliance, Drug” or “Compliance, Medication” or “Drug Adherence” or “Drug Compliance” AND “HIV” or “Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus” or “Acquired Immunodeficiency Syndrome Virus” or “AIDS Virus” or “AIDS Viruses” or “aids” AND “Pregnant Woman” or “Woman, Pregnant” or “Women, Pregnant” or “Women, Postpartum” or “Postpartum Women” AND “Reproductive Behavior” or “Behavior, Reproductive” or “Pregnancy” or “Gestation” or “Pregnancies” or “Parturition” or “Parturitions” or “Postpartum Period” or “Period, Postpartum” or “Postpartum” or “Puerperium”</p>
Espanhol	<p>“Antirretrovirales” o “ARV” o “Agentes Anti Retrovirales” o “Agentes Antirretrovirales” o “Agentes Antirretrovíricos” o “Antirretrovíricos” o “Fármacos Antirretrovirales” o “Fármacos Antirretrovíricos” o “Fármacos Anti-VIH” o “Terapia Antirretroviral” O “Cumplimiento de la Medicación” o “Adherencia a los Medicamentos” o “Adhesión a la Medicación” o “Adhesión al Medicamento” o “Adhesión al Tratamiento Farmacológico” Y “VIH” o “HIV” o “Virus de Inmunodeficiencia Humana” o “Virus de la Inmunodeficiencia Humana” o “Virus del SIDA” o “SIDA” o “aids” Y “Mujeres Embarazadas” o “Embarazadas” o “Mujer Embarazada” Y “Conducta Reproductiva” o “Embarazo” o “Gestación” O “Parto” o “Alumbramiento” o “Nacimiento” o “Nacimiento de Niño” o “Parición” o “Parturición” O “Periodo Posparto” o “Periodo Postparto” o “Periodo de Posparto” o “Periodo de Postparto” o “Puerperio”.</p>

Fonte: Produção própria

ANEXO 3. QUADRO COM DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DOS ESTUDOS

Estudo	Local de realização	Idiomas	Ano de publicação
1	<p>Quigali, capital de Ruanda</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Centro Biomédico de Ruanda - Ministério da Saúde ● Hospitais Universitários de Ruanda (CHU) ● Fundação Elizabeth Glaser para a AIDS Pediátrica 	Kinyarwanda, traduzido para o inglês	2017
<p>Este estudo (Kabeho Study) foi financiado pelo Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da AIDS (PEPFAR) e pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). A combinação de antirretrovirais mais comum encontrados no estudo foi Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Efavirenz (EFV), com n = 60 (53,6%)</p>			
2	<p>Gugulethu, na Cidade do Cabo, África do Sul</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unidade Obstétrica de Parteiras de Gugulethu (MOU) 	IsiXhosa, traduzido para o inglês	2020
<p>Gugulethu é uma antiga comunidade com altas taxas de pobreza e infecção pré-natal pelo HIV. A clínica onde o estudo foi realizado é um serviço público que atende mais de 4.000 mulheres a cada ano para atendimento pré-natal, obstétrico e pós-parto precoce.</p> <p>De acordo com o padrão local de cuidados, todas as mulheres recebem serviços integrados de cuidado materno e infantil (MCH) e antirretrovirais (ART) na gestação e são transferidas para clínicas externas após o parto. Os bebês são encaminhados separadamente para serviços de saúde infantil de rotina, como é a norma em muitos países de baixa e média renda.</p>			
3	<p>Distrito de Karonga, Malawi</p> <p>Ifakara, Dar es Sallam, Tanzânia</p> <p>Distrito de uMkhanyakude, África do Sul</p>	isiZulu, Chitumbuka e Kiswahili, ambos traduzidos para o inglês	2021

	<p>Karonga é um distrito da zona rural no norte do Malawi, a maioria dos moradores são agricultores de subsistência. Além disso, segundo dados do National Statistics Office apresentados no estudo, a prevalência do HIV no distrito é de 10,5% entre mulheres e 8,7% entre homens e a TARV passou a ser disponibilizada para a população em 2004, por meio da descentralização para pequenas unidades de saúde e hospitais distritais. O Ministério da Saúde do Malawi adotou a Opção B+, em 2011, e a Teste e Tratamento Universais (Universal Test and Treat - UTT), em 2016 .</p> <p>Em Ifakara, na Tanzânia, a prevalência de HIV em adultos é de 7%. No país o aumento do uso da TARV começou em 2001 nos hospitais distritais e posteriormente descentralizado para unidades primárias. O governo adotou a opção B+ em 2013 e a UTT em 2016.</p> <p>Já em uMkhanyakude a prevalência de HIV em adultos chegou a ser 33%, em 2017. A África do Sul apresentava no mesmo período prevalência de 14% em sua média nacional. O país passou por mudanças nas políticas de enfrentamento do HIV/aids nas décadas anteriores ao estudo. Adotou a Opção B+, em 2015, e a UTT em 2016.</p> <p>Este trabalho foi apoiado pelo Conselho de Pesquisa Médica do Reino Unido, por meio de uma concessão da Health Systems Research Initiative.</p>		
4	<p>Kibera, Nairobi, Quênia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Centro Comunitário de Saúde de Kibera 	Inglês	2010
	<p>O centro onde é realizado o estudo é apoiado pelo AMREF (Organização não-governamental da favela de Kibera, Nairobi). É estimado que 60% das pessoas que vivem em Nairobi moram em favelas, sendo que a Kibera, onde a pesquisa foi realizada, possui cerca de 1 milhão de habitantes, atraindo grande parte de migrantes de áreas rurais do Quênia, em busca de meios de subsistência e emprego.</p> <p>O percentual de HIV na população geral é desconhecido, mas se estima que seja mais alto que a prevalência nacional de 7%. No Kibera, há uma cobertura inadequada de cuidados de saúde, sendo grande parte da população dependente de cuidados informais, geralmente geridos por ONG. Embora haja formação de uniões estáveis e permanentes nesta região, grande parte das relações são monogâmicas, sendo a exclusividade sexual minoritária entre os casais.</p>		
5	<p>Distrito de Amatole e Município de Buffalo City, Província do Cabo Oriental, África do Sul.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Frere ● Hospital Cecilia Makiwane ● Hospital Bisho 	Inglês	2018
	<p>O banco de dados utilizado na primeira parte da pesquisa contava com participantes residentes de regiões com demografia rural, semi-urbana e urbana, semelhante a toda a população do Cabo Oriental. Nas análises qualitativas foi verificado que as participantes que mudaram de residência ou viajaram tiveram seu atendimento negado em diversos distritos (Citados em entrevistas: Transke, Gauteng, Cidade do Cabo, Port Elizabeth e Mpumalanga), indicando não</p>		

	haver um sistema unificado na região.		
6	Distrito de Mysore, Karnataka e Distrito de Pune, Maharashtra, Índia	Marati e Canarês, traduzidas para o inglês	2014
<p>Em 2014, estima-se que, de 2,4 milhões de pessoas vivendo com HIV na Índia, 38% eram mulheres. O governo havia aumentado disponibilidade e acessibilidade dos serviços de PTV mas apenas 23% das mulheres gestantes faziam testagem anti-HIV até 2010 e, na mesma época, apenas 1/3 das mulheres grávidas que viviam com HIV receberam TARV. Os distritos de Mysore (Karnataka) e Pune (Maharashtra) são considerados de alta prevalência de HIV pela Organização Nacional de Controle da AIDS do Governo da Índia (NACO) e representam cerca de 28% do total de PVHA na Índia</p> <p>Segundo censo de 2011, Mysore possuía 2.994.744 habitantes, com uma população urbana de 41% e taxa de alfabetização de 87%, e em relação a religião possuía 76,8% de hinduístas, 19% muçulmanos de 2,8% outras religiões. Já Pune possuía 9.426.959 habitantes, com 58% em território urbano e 81% de alfabetização, a população era 71% hindu, 12% muçulmana e 17% de outras religiões.</p>			
7	Kalembo, Distrito de Balaka, Malawi <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde de Kalembo 	Inglês	2015
<p>Balaka, distrito da região sul do Malawi, tem cerca de 14% de prevalência do HIV. Entre as mulheres há uma taxa de 16%, em comparação a 12% entre os homens. O estudo foi realizado no Centro de Saúde de Kalembo que tem uma das maiores taxas de fecundidade e prevalência de HIV na região.</p>			
8	Jayapura, Província de Papua, Indonésia <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Jayapura (urbano) • Hospital Abepura (suburbano) 	Indonésio, traduzidos para o inglês	2018

	<p>Papua é uma das regiões menos povoadas mas mais desafiadoras em termos de infra-estrutura e desenvolvimento em saúde. Em termos de cobertura pré-natal, possui a mais baixa de toda Indonésia (menos de 25% das gestantes completam as 4 consultas obrigatórias de pré-natal (CPN), há também a taxa mais alta de mortalidade infantil (115 mortes por 1000 pessoas vivas).</p> <p>A infecção por HIV na região da Papua registra taxa de 2,3% na população geral, com transmissão principalmente heterossexual. É adotada a Opção B+ desde 2012. Ambos hospitais onde ocorreram o estudo possuem programas de prevenção das transmissão vertical desde 2004 e são referências para hospitais públicos dentro e fora da cidade e também para “ instalações satélites”, isso é, centros primários de saúde (APS).</p> <p>Todas as mulheres vivendo com HIV gestantes e recém-diagnosticadas nestas instalações são encaminhadas a esses hospitais onde recebem aconselhamento pós-teste e iniciam PTV. O Hospital Jayapura possui 9 instalações satélites (6 na cidade de Jayapura, 1 no distrito de Waropen e 2 no distrito de Keerom) e o Hospital Abepura possui 8 dessas instalações (5 na cidade de Jayapura e 3 hospitais no distrito de Puncak Jaya, na ilha de Yapen e no distrito de Keerom). A implementação do programa PTV em ambos os hospitais de referência envolve a clínica pré-natal (ANC), enfermagem materna, laboratório e clínica de Suporte e Tratamento de Cuidados (CST), toda mulher com status negativo ou desconhecido para HIV na enfermagem materna ou gestante deve ser testada de acordo com a diretriz nacional. Em 2018 a taxa de transmissão perinatal da Papua é de 3,6%.</p>		
9	<p>Ibadan, Estado de Oyo, Nigéria</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Maternidade Adeoyo, Adeoyo ● Hospital Católico Nossa Senhora dos Apóstolos em Oluyoro, Oke-Ofa ● Hospital Geeral Católico de Santa Maria, Eleta. 	Iorubá, traduzido para o inglês	2018
	<p>Todos eram hospitais apoiados pela iniciativa de prevenção da SIDA na Nigéria (APIN) através do fundo de emergência do presidente dos Estados Unidos para alívio da SIDA (PERFAR)</p> <p>Apesar de a terapia antirretroviral (ART) ser disponível como elemento dos serviços de PTV, a Nigéria é um país com relato de uma inaceitavelmente alta incidência de HIV em bebês, contribuindo assim com 14% da carga total africana de HIV pediátrico.</p>		
10	Kinshasa, República Democrática do Congo	Lingala, traduzido para o francês	2012
	<p>A amamentação é amplamente valorizada no Congo. A alimentação por fórmula é menos comum na República Democrática do Congo, com apenas 8% das crianças menores de 6 meses e 11% de 6 a 9 meses recebendo alguma fórmula para alimentação. O Ministério da Saúde da região recomenda, para as mulheres vivendo com HIV, que sigam a amamentação exclusiva por seis meses e desmamem os bebês após, com uso da fórmula para complementar a nutrição da criança. Exceções só devem ocorrer se houver recomendação médica.</p>		

	Os dados do artigo foram coletados entre julho e dezembro de 2006, como parte de um estudo qualitativo de implementação do Sango Plus (programa de atenção e apoio primário ao HIV centrado na família).		
11	Kampala, Uganda <ul style="list-style-type: none"> Hospital Mulango 	Luganda, traduzido para o inglês	2014
	<p>O hospital é referência nacional de Uganda. Localiza-se em Kampala, capital do país e é também um hospital universitário para a Makerere University. Lá são oferecidos serviços gratuitos de prevenção (testagem anti-HIV, educação em saúde e aconselhamento pós e pré-teste) para todas as mulheres que frequentam a clínica e que dão à luz no Hospital da Mulango.</p> <p>Em Uganda, uma corte comunitária da zona rural teve suas taxas de gravidez em mulheres infectadas pelo HIV reduzidas (Ross <i>et al.</i> 1999; Gray <i>et al.</i> 1998), decorrente de menores taxas de concepção e do aumento das taxas de perdas gestacionais.</p> <p>A avaliação quantitativa demonstrou que mais de um terço das mulheres soropositivas que compareceram à enfermaria de parto (37% de 385 mulheres) sabiam que eram soropositivas no momento da concepção.</p> <p>Todos os participantes do estudo receberam aconselhamento gratuito sobre medidas preventivas quanto à reinfeção pelo HIV e à transmissão vertical do HIV, o que incluiu administração de medicamentos anti-retrovirais para diminuição do risco de transmissão vertical, ações que compõem um programa nacional em andamento sobre PTV. No artigo, os participantes foram identificados por pseudônimos.</p>		
12	Dar es Salaam, Tanzânia <ul style="list-style-type: none"> Clínica Mitra Plus, no Complexo do Hospital Nacional Muhimbili 	Kiswahili, traduzidas para o inglês	2013
	<p>O Mitra Plus foi um estudo de PTV prospectivo, não randomizado, aberto, que incluiu 501 mulheres grávidas infectadas pelo HIV-1, em Dar es Salaam, na Tanzânia. As gestantes receberam medicamentos antirretrovirais triplos (ARV) desde a 34ª semana de gravidez até o 6º mês após o parto (período de amamentação), foram também avaliadas as taxas de TVM e de mortalidade infantil.</p>		
13	Mbarara, Uganda <ul style="list-style-type: none"> Hospital Regional de Referência de Mbarara 	Runyankole, traduzido para o inglês	2014
	<p>Mulheres em idade reprodutiva na África Subsaariana são, desproporcionalmente, afetadas pelo HIV/aids, representando 80% dos quase 13 milhões de mulheres que vivem com HIV em todo o mundo.</p> <p>Em Uganda, estudos recentes não observaram, entre mulheres HIV-positivas, relação direta entre o acesso à TARV e o aumento quantitativo no desejo de ter filhos. Este país apresenta uma</p>		

	<p>das maiores taxas de fecundidade total do mundo, estimada em seis filhos por mulher. No estudo, os participantes foram compensados pelos custos associados ao transporte para a clínica. A amostra foi constituída por 25 gestantes soropositivas, 84% das quais casadas ou em união estável. A prevalência do HIV entre adultos (15-49 anos) é estimada em 7,3%, com maior prevalência entre as mulheres (8,3%). No país, a clínica de HIV é a principal fonte da região para serviços abrangentes de atenção ao HIV, o que inclui TARV gratuita fornecida pelo Ministério da Saúde com apoio do Plano de Emergência do Presidente para Alívio da AIDS (PEPFAR), do Fundo Global e do Fundo de Tratamento Familiar.</p>		
14	<p>Distritos de Shiselweni, Lubombo, Hhohho e Manzini, Suazilândia</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation</i>, Mbabane • Clínicas da Bem-estar infantil das regiões 	<p>Inglês e SiSwati, traduzidos para o inglês</p>	<p>2016</p>
	<p>As quatro regiões selecionadas da Suazilândia eram as com maior número de partos anuais. Além disso, o país tinha, na época do estudo, uma das taxas de prevalência de HIV mais altas do mundo entre gestantes, chegando a 41%.</p> <p>Em 2010, passou a implementar a Opção A e, em 2014, passou a implementar a Opção B+, como estratégia nacional de PTV. Em 2009, a aceitação geral da TARV no país era baixa entre gestantes e lactantes chegando a 50% entre as mulheres elegíveis. Na época de escrita do estudo, o processo de implementação da Opção B+ estava ocorrendo, e a intensificação da educação do cliente e o aprimoramento das diretrizes passou a indicar uma mudança de aceitação de 72% de início de ART entre essas mulheres, em pesquisa realizada em 2013.</p>		

ANEXO 4. QUADRO COM INFORMAÇÕES APRESENTADAS NO ARTIGO

Síntese dos estudos selecionados: aspectos relacionados à adesão à TARV

Questões enfrentadas por	Aspectos mencionados nos achados		
	Individuais	Sociais	Assistenciais
Mulheres que vivem com HIV e estão em Terapia Antirretroviral	<p>1. Empoderamento individual, motivação para cuidado e percepções sobre necessidade e benefícios trazidos pela TARV (Gill et al., 2017; WEBER et al., 2020; LUMBANTORUAN et al., 2018; MAMAN et al., 2012; NGARINA et al., 2013; KASTNER et al., 2014; KATIRAYI et al., 2016)</p> <p>2. Experiências negativas com efeitos colaterais (Gill et al., 2017; ADENIYI et al., 2018; AREGBESOLA; ADEOYE, 2018; NGARINA et al., 2013; KATIRAYI et al., 2016)</p> <p>3. Compromissos pessoais, como viagens, falta de tempo e outras dificuldades relacionadas a ocupações/deveres. (ADENIYI et al., 2018; AREGBESOLA; ADEOYE, 2018; NGARINA et al., 2013)</p> <p>4. Desmame do filho e desinformação sobre riscos de transmissão pelo leite materno (Gill et al., 2017; MAMAN et al., 2012; 12)</p> <p>5. Fadiga do tratamento (GILL et al., 2017; ADENIYI et al., 2018)</p> <p>6. Sentimentos de desesperança e descrença na</p>	<p>1. Medo do abandono de parceiros e atitudes negativas de terceiros que contribuem para má adesão à TARV (Gill et al., 2017; 2; AWITI UJJI et al., 2010; ADENIYI et al., 2018; BISECK et al., 2015; AREGBESOLA; ADEOYE, 2018; NGARINA et al., 2013)</p> <p>2. Sofrimento psíquico diante de atitudes discriminatórias na comunidade e estigma relacionado ao HIV (GILL et al., 2017; WEBER et al., 2020; ADENIYI et al., 2018; MADHIVANAN et al., 2014; AREGBESOLA; ADEOYE, 2018; NGARINA et al., 2013)</p> <p>3. Insegurança alimentar e jejum prolongado (Gill et al., 2017; ADENIYI et al., 2018; NGARINA et al., 2013)</p> <p>4. Barreira religiosas (ADENIYI et al., 2018)</p> <p>5. Pressão social para engravidar, mesmo sem desejarem (BISECK et al., 2015)</p>	<p>1. Atitude de profissionais de saúde e aconselhamento sobre TARV e maternidade (ADENIYI et al., 2018; MADHIVANAN et al., 2014; LUMBANTORUAN et al., 2018; MAMAN et al., 2012; KISAKYE et al., 2010; KASTNER et al., 2014; KATIRAYI et al., 2016)</p> <p>2. Medo que idas à clínica resultem em revelação diagnóstica forçada, receio de busca de comprimidos na farmácia ou armazenamento de antirretrovirais (Gill et al., 2017; Weber, et al. 2020; MADHIVANAN et al., 2014; AREGBESOLA; ADEOYE, 2018)</p> <p>3. Tempo de espera e superlotação de serviços de saúde (Weber, et al. 2020; NGARINA et al., 2013)</p> <p>4. Frustração relacionada à justificativas não bem estabelecidas pelos serviços de saúde, com falta de clareza sobre quantidade de prescrições de TARV plurianuais e critérios de encaminhamento para farmácias de retirada facilitada (CHIMUKUCHE et al., 2021)</p> <p>5. Quebra de confiabilidade na entrega de resultados de exames, medicações ou</p>

	<p>eficácia dos ARV (GILL et al., 2017)</p> <p>7. Início do tratamento e integração dos antirretrovirais à rotina (AREGBESOLA; ADEOYE, 2018)</p> <p>8. Estigma e medo relacionados às perdas gestacionais (KISAKYE et al., 2010)</p>		<p>repasso de informações a terceiros (MADHIVANAN et al., 2014)</p>
<p>Profissionais de saúde que as atendem</p>	<p>1. Perda de oportunidades para abordar sobre planejamento da gravidez (BISECK et al., 2015; KASTNER et al., 2014)</p> <p>2. Uso de estratégias para manter sigilo de pacientes (WEBER et al., 2020)</p> <p>3. Confiabilidade no relato de pacientes sobre frequência de tomadas (NGARINA et al., 2013)</p> <p>4. Má comunicação com as usuárias dos serviços (MADHIVANAN et al., 2014)</p>	<p>1. Dificuldades para assegurar que mulheres vivendo com HIV compreendam transmissão via amamentação. (MAMAN et al., 2012)</p> <p>2. Reprodução, dentro de serviços de saúde, de práticas discriminatórias e aspectos do senso comum (ADENIYI et al., 2018)</p>	<p>1. Superlotação de serviços com pacientes com HIV controlado e má distribuição do tempo de atendimento para casos excepcionais (CHIMUKUCHE et al., 2021)</p> <p>2. Condições de trabalho e carga horária (CHIMUKUCHE et al., 2021)</p> <p>3. Atendimento focado no encaminhamento para serviços de referência e sem criação de vínculo (MADHIVANAN et al., 2014)</p>

ANEXO 5. QUADRO COM ESTRATÉGIAS E SOLUÇÕES PROPOSTAS

Síntese dos estudos selecionados: soluções propostas para enfrentamento de questões maternidade/TARV

	Aspectos mencionados durante discussão e conclusão dos artigos
Estratégias e soluções propostas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar o aconselhamento sobre TARV a fim de aumentar a crença na eficácia do medicamento, demonstrando melhoras visíveis na aparência de pacientes e apresentando provas como, por exemplo, aumento de taxas CD4 (GILL <i>et al.</i>, AWITI UJIJI <i>et al.</i>, 2010; BISECK <i>et al.</i>, 2015; LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018) 2. Melhorar acesso à informação sobre maternidade e tratamento com antirretrovirais para ampliar escolhas saudáveis (AWITI UJIJI <i>et al.</i>, 2010; BISECK <i>et al.</i>, 2015; LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018; KISAKYE <i>et al.</i>, 2010) 3. Incentivar relação com rede de apoio social, como cônjuges e familiares (BISECK <i>et al.</i>, 2015; LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018; AREGBESOLA <i>et al.</i>, 2018) 4. Apoio institucional e emocional, por parte de profissionais de saúde, como facilitador (GILL <i>et al.</i>, (MADHIVANAN <i>et al.</i>, 2014; LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018) 5. Melhor acesso à informações sobre adesão entre profissionais de saúde, possibilitando identificação de sinais de alerta (ADENIYI <i>et al.</i>, 2018; NGARINA <i>et al.</i>, 2013) 6. Incentivar interação entre mulheres vivendo com HIV e partilha de testemunhos sobre uso de TARV e PTV (GILL <i>et al.</i>; KASTNER <i>et al.</i>, 2014) 7. Explicar sobre a não obviedade da identificação de presença do HIV e assumir postura de enfrentamento de estigmas (GILL <i>et al.</i>; MADHIVANAN <i>et al.</i>, 2014) 8. Abordagem centrada em Direitos Humanos e postura de enfrentamento a discriminação em nível comunitário (MADHIVANAN <i>et al.</i>, 2014; LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018) 9. Inclusão de parceiros nas discussões sobre maternidade (LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018) 10. Atitude compreensiva por parte dos profissionais, com flexibilidade de condutas e “tempo para pensar” (LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018) 11. Gratuidade de serviços oferecidos (LUMBANTORUAN <i>et al.</i>, 2018) 12. Disposição dos serviços de saúde de forma a não indicar diferenças entre diagnósticos ou tratamentos durante espera (WEBER <i>et al.</i>, 2020) 13. Sistema de agendamentos espaçados e rápidos para pacientes estáveis (CHIMUKUCHE <i>et al.</i>, 2021) 14. Abertura das instituições para adaptações na prestação de serviços as realidades territoriais e individuais (CHIMUKUCHE <i>et al.</i>, 2021) 15. Ampliar discussões sobre Planejamento Familiar (BISECK <i>et al.</i>, 2015) 16. Possibilidade de prestação de cuidados em casa e/ou maior facilidade para busca de medicamentos por terceiros (WEBER <i>et al.</i>, 2020) 17. Escuta individualizada das mulheres que vivem com HIV, a fim de que descrevem experiências e percepções (MADHIVANAN <i>et al.</i>, 2014) 18. Não utilizar autoretrato como única medida de adesão (NGARINA <i>et al.</i>, 2013)