

SUORTE SOCIAL DE GESTANTES COM HIV: REVISÃO NARRATIVA
SOCIAL SUPPORT FOR PREGNANT WOMEN WITH HIV: NARRATIVE REVIEW
APOYO SOCIAL DE GESTANTES CON VIH: REVISIÓN NARRATIVA

Jacqueline Silveira de Quadros¹
Camila Freitas Hausen²
Thamiza Laureany da Rosa dos Reis³
Cristiane Cardoso de Paula⁴
Stela Maris de Mello Padoin⁵

Doi: 10.5902/2179769222211

RESUMO: Objetivo: Identificar, na produção científica, as fontes e repercussões de suporte social das gestantes com HIV. **Método:** Revisão narrativa nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, National Library of Medicine/National Institutes of Health e SciVerse Scopus*. O levantamento dos dados ocorreu em fevereiro de 2016, quando foram incluídos 20 estudos submetidos à análise temática com categorização teórica de suporte social (instrumental e emocional). **Resultados:** As principais fontes do suporte instrumental foram: participação em programas de prevenção, acolhimento e educação em saúde pela equipe; e do suporte emocional foram o companheiro, amigos, familiares e Deus. As principais repercussões foram na revelação do diagnóstico e adesão à profilaxia da transmissão vertical. **Conclusão:** A falta de articulação entre as fontes de suporte social pode implicar no abandono dos cuidados em saúde materno e infantil.

Descritores: Transmissão vertical de doença infecciosa; Apoio social; Assistência social; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida.

ABSTRACT: Aim: to identify, in scientific production, the sources and repercussions of social support for pregnant women with HIV. **Method:** narrative review in the databases: *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, National Library of Medicine / National Institutes of Health and SciVerse Scopus*. The data were collected in February 2016, when 20 studies were submitted to the thematic analysis with the theoretical categorization of social support (instrumental and emotional). **Results:** The main instrumental support sources were: participation in prevention programs, reception and health education by the team; And emotional support were from the life partner, friends, family and God. The main repercussions were related to the disclosure of diagnosis and to the adherence to prophylaxis of vertical transmission. **Conclusion:** the lack of articulation among the sources of social support may result in the abandonment of maternal and child health care.

Descriptors: Vertical transmission of infectious disease; Social support; Social assistance; HIV; Acquired immunodeficiency syndrome.

RESUMEN: Objetivo: Identificar en la producción científica las fuentes y las repercusiones sociales de apoyo a las mujeres con VIH. **Método:** revisión narrativa en bases de datos: *América Latina y el Caribe Ciencias de la Salud, Biblioteca Nacional de Medicina/Institutos Nacionales de Salud y SciVerse Scopus*. La recolección de datos ocurrió en febrero de 2016, cuando fueron incluidos 20 estudios sometidos a análisis temático con la categorización teórica de apoyo social (instrumental y emocional). **Resultados:** Las principales fuentes de apoyo instrumental fueron: la

*participación en programas de prevención, atención y educación para la salud; y el apoyo emocional de los compañeros, amigos, familia y Dios. Las principales repercusiones fueron en el desarrollo del diagnóstico y en la adhesión de la profilaxis para la prevención de la transmisión vertical. **Conclusión:** La falta de articulación entre las fuentes de apoyo social puede llevar al abandono de la atención de salud de la madre y del niño.*

***Descriptor:** Transmisión vertical de enfermedad infecciosa; Apoyo social; Asistencia social; VIH; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.*

INTRODUÇÃO

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) teve as primeiras notificações, no mundo e no Brasil, nos anos 1980. Devido às altas taxas de morbidade e mortalidade tornou-se um problema de saúde pública. Atualmente, apresenta modificações em seu perfil epidemiológico, especialmente entre as mulheres em idade fértil, podendo resultar na transmissão vertical (TV) do HIV, durante a gestação, parto e amamentação.¹

No que se refere à notificação da infecção pelo HIV em gestantes, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação apresentou 3.713 casos, em 2015. No mesmo ano, o maior quantitativo identificado foi na Região Sul (1.243), seguida pelas Regiões Sudeste (1.200), Nordeste (672), Norte (421) e Centro-Oeste (177).²

A partir da infecção, as gestantes soropositivas necessitam de cuidados de saúde por meio de acompanhamento clínico especializado, concomitante com o pré-natal. Possuem preocupação com a possibilidade de transmitir o HIV para seu filho, o que implica em questões biológicas de crescimento e desenvolvimento dessa criança, bem como em questões sociais. Tais situações podem levar à omissão do diagnóstico de infecção pelo HIV para seus pares, podendo ocasionar restrição de seu suporte social, implicando na realização dos cuidados de saúde.³⁻⁴

O suporte social pode ser entendido como um conjunto de elementos socioambientais que atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidarem de forma adequada com situações estressoras.⁵ Entende-se que o contexto social em que a gestante está envolvida poderá ser um fator que influencia nos cuidados necessários para a manutenção da profilaxia da TV do HIV.⁶

Diante disto, identificou-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre este assunto pois nota-se, cada vez, mais a utilização de metodologias orientadas por referenciais teóricos das áreas humanas e sociais, sendo recursos aplicáveis no cuidado da enfermagem. Dessa forma, acredita-se que identificar as fontes de suporte social, das gestantes com HIV poderá auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias para qualificar a atenção a essa população. Para tanto, busca-se fortalecer a rede de suporte social, a fim de

apoiar tanto o enfrentamento da discriminação quanto a adesão às medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Assim, este estudo objetivou identificar na produção científica, as fontes e as repercussões do suporte social das gestantes com HIV.

MÉTODO

Estudo de revisão narrativa, desenvolvido com o intuito de possibilitar um panorama geral dos temas contemplados por publicações, diante da compreensão e análise crítica dos autores.⁷ A questão do estudo de revisão foi: “Quais são as fontes e as repercussões do suporte social em gestantes com HIV identificadas na produção científica?”. A busca foi desenvolvida nas bases de dados *National Library of Medicine (PubMed)*, *SciVerse Scopus(SCOPUS)* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*(Quadro 1).

Quadro 1 – Apresentação das estratégias de busca e das bases de dados utilizadas na busca das produções científicas. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

Base de dados	Estratégia de busca	Total de estudos
PubMed	((INFECTIOUS[All Fields] AND DESEASE[All Fields] AND ("transmission"[Subheading] OR "transmission"[All Fields]) AND VERTICAL[All Fields]) OR "TRANSMISSION, VERTICAL"[All Fields]) AND ("SOCIAL SUPPORT"[All Fields] OR "SOCIAL ASSISTANCE"[All Fields])	87
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ("INFECTIOUS DESEASE TRANSMISSION, VERTICAL" OR "TRANSMISSION, VERTICAL") AND TITLE-ABS-KEY ("SOCIAL SUPPORT" OR "SOCIAL ASSISTANCE"))	104
LILACS	("TRANSMISSAO VERTICAL" or "TRANSMISSAO VERTICAL DE DOENCA INFECCIOSA") or "GESTACAO DE ALTO RISCO") or "complicacoes infecciosas na gravidez") [Descritor de assunto] and ("ASSISTENCIA SOCIAL") or "APOIO SOCIAL" or "redes de APOIO SOCIAL" [Descritor de assunto]	08

A busca das produções se deu em fevereiro de 2016. Os critérios de inclusão foram: artigos primários (pesquisa), disponíveis na íntegra *online*, com acesso gratuito, nos idiomas inglês, português ou espanhol. O critério de exclusão foi: não responder a questão de revisão. Os artigos indexados em mais de uma base (duplicados) foram considerados apenas uma vez. Optou-se por não utilizar recorte temporal, pela restrição de artigos dessa temática. O fluxograma de seleção da produção científica foi desenvolvido de modo duplo independente por revisores previamente capacitados, contando com um terceiro revisor (orientador do estudo) em reuniões de consenso, quando necessário, conforme apresentado na Figura 1.

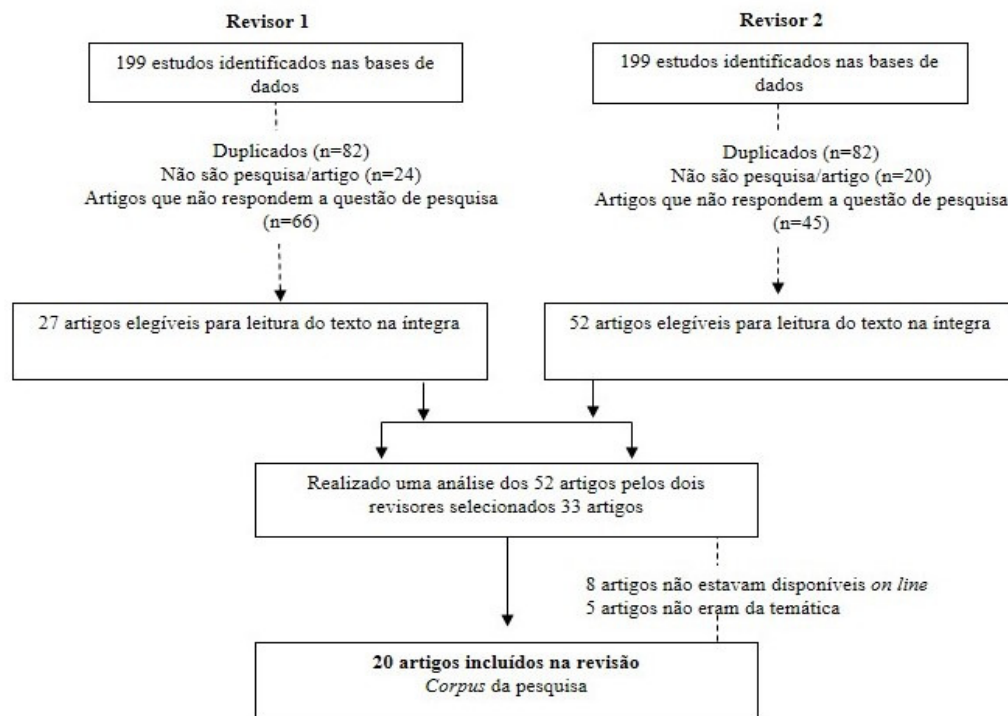


Figura 1 - Fluxograma de seleção da produção científica de suporte social das gestantes com HIV. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

A leitura dos artigos e o preenchimento do instrumento também foram efetuados por dois revisores de forma independente os quais, posteriormente, compararam as divergências da seleção, em busca de um consenso. Foi utilizada uma ficha para a extração de dados dos artigos selecionados, composta pelas variáveis: autores, ano de publicação, procedência do estudo, área do conhecimento, objetivo, delineamento metodológico, resultados e conclusões ou principais contribuições.

Após a leitura minuciosa dos artigos, foram submetidos à análise temática e extraídas informações acerca das fontes e as repercussões do suporte social das gestantes, convergentes às categorias teóricas de suporte social. Este é classificado como: instrumental e emocional, sendo o primeiro relacionado à assistência em situações do cotidiano, auxílio financeiro e resolução de problemas; e o segundo referindo-se à percepção de ser cuidado, comportamentos como escuta, ou fazer companhia, que contribuem para que a pessoa se sinta amada e estimada.⁸⁻⁹ Os aspectos éticos e as ideias centrais de cada um dos autores foram respeitadas e mencionadas no texto.

RESULTADOS

A caracterização dos estudos será apresentada no Quadro 2, em que foram incluídos na amostrado estudo.

Quadro 2 – Caracterização da produção científica de suporte social das gestantes com HIV. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

ORIGEM	AUTOR	ANO	ÁREA	D*	PERIÓDICO
Nova Guiné	Carmone A. et al ¹⁰	2014	Medicina	01	<i>Global Health Action</i>
África do Sul	Richter L, Rotheram-Borus MJ, Van Heerden A, Stein A, Tomlinson M, Harwood JM. ¹¹	2014	Medicina Psicologia	01	<i>AIDS Behav</i>
	Madiba S. Letsoalo R. ¹²	2013	Multiprofissional	02	<i>Global Journal of Health Science</i>
	Roux IML, Tomlinsonb M, Harwoodc JM, O'Connord MJ, Worthmane CM, Mbewua N. ¹³	2013	Medicina Psicologia	01	<i>AIDS</i>
	Futterman D. et. al ¹⁴	2010	Medicina	01	<i>AIDS Care</i>
	Peltzer K, Mlambo M, Phaswana-Mafuya N, Ladzani R. ¹⁵	2010	Medicina	01	<i>Acta ped Latinoam</i>
	Nor B. et al ¹⁶	2009	Multiprofissional	02	<i>J Hum Lact</i>
	Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Persson L. ¹⁷	2006	Medicina	02	<i>The Journal of Nutrition</i>
Zimbábue	Gregson S, Nyamukapa CA, Sherr L, Mugurungi O, Campbell C. ¹⁸	2013	Multiprofissional	01	<i>AIDS</i>
	Shroufi A, Mafara E, Saint-Sauveur JF, Taziwa F, Viñoles MC. ¹⁹	2013	Medicina	02	<i>Plos one</i>
Tanzânia	Young S. et al ²⁰	2013	Multiprofissional	02	<i>Breastfeeding medicine</i>
Malawi	Donahue MC, Dube Q, Dow A, Umar E, Van Rie A. ²¹	2012	Medicina	02	<i>AIDS Care</i>
	Chinkonde JR, Sundby J, Martinson F. ²²	2009	Medicina	03	<i>Reproductive Health Matters</i>
	Bwirire LD. et al ²³	2008	Medicina	01	<i>Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene</i>
Brasil	Jerome J, Galvao MTG, Lindau ST. ²⁴	2012	Enfermagem Medicina	02	<i>AIDS Care</i>
	Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. ²⁵	2010	Medicina Psicologia	03	<i>Cad. Saúde Pública</i>
República de Ruanda	Delvaux T, Elul B, Ndagije F, Munyana E, Roberfroid D, Asiimwe A. ²⁶	2009	Medicina	01	<i>EPIDEMIOLOGY AND SOCIAL SCIENCE</i>
Etiópia	Oladokun RE, Brown BJ, Osinusi K. ²⁷	2010	Medicina	01	<i>AIDS Care</i>
Jamaica	Weller PD, Hambleton IR, Chambers C, Bain S, Christie CDC, Bain B. ²⁸	2008	Medicina	03	<i>West Indian Med J</i>
EUA	Demas PA. et al ²⁹	2002	Medicina	01	<i>PEDIATRICS</i>

D = Delineamento *01 Quantitativo, 02 Qualitativo, 03 Quanti-Qualitativo

Na Tabela 2 serão apresentados os fatores relacionados às fontes e as repercussões do suporte social percebido pelas gestantes selecionadas na produção científica.

Quadro 3 - Fatores relacionados ao suporte social de gestantes com HIV. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

Suporte Social	Fatores relacionados ao objeto de estudo	
Suporte instrumental	Participação em programas de prevenção ^{13,16, 18-20, 23-28} Acolhimento da equipe de saúde ^{11,16,21, 24} Educação em saúde ²⁰	Conforto das condições de saúde ²⁴ Divulgação do estado sorológico ¹⁶⁻¹⁹ Aderir às medidas de profilaxia da TV ^{11,16-19} Repercussões na saúde sexual ^{13,19,28}
Suporte emocional	Família ^{12,14,15,24,25,27-29} Companheiro ^{10,22,26} Amigos ^{15,24,27} Deus e a fé ^{15,24,27}	Estímulos para continuidade do tratamento ^{15,24,27,29} Divulgação do estado sorológico ²⁹ Motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento ²⁴

DISCUSSÃO

Fontes e as repercussões do suporte social instrumental

Nesta categoria serão descritas as repercussões do suporte social instrumental no acompanhamento clínico, como nas medidas de prevenção da TV das mulheres com HIV. Com a análise dos estudos podem-se evidenciar as fontes de suporte social instrumental, dentre as quais estão a participação das gestantes com HIV em Programas de Prevenção da Transmissão Vertical (PPTV) e/ou associações comunitárias.^{13,16,18-20,23-28} Além disso, o apoio e acolhimento da equipe de saúde,^{11,16,21,24} a realização de educação em saúde²⁰ durante o período gravídico e puerperal.

Evidencia-se a importância da relação entre as gestantes com HIV e a equipe de saúde, quando 13 das 18 mulheres receberam o diagnóstico durante a consulta de acompanhamento do pré-natal. Essas mulheres iniciaram, simultaneamente, o acompanhamento em PPTV e/ou associações comunitárias. Destaca-se também que nove das 18 mulheres relataram que o apoio da equipe de saúde foi o único tipo de suporte social que elas receberam, após o diagnóstico do HIV, o que proporcionou conforto diante da condição de saúde.²⁴

Uma das fontes de suporte social instrumental mencionada¹⁶⁻¹⁹ são os PPTVs, os quais utilizaram uma abordagem centrada na família e dessa forma, contribuíram para divulgação do estado sorológico, e para a adesão aos antirretrovirais. Nesta perspectiva^{13,19,23} destaca-se a importância da participação de mulheres em PPTV, as quais realizaram a divulgação de seu diagnóstico e receberam apoio dos seus familiares. Assim, foram evidenciadas as

repercussões na saúde sexual: consideraram-se com maior capacidade para negociar o planejamento familiar, além do uso de preservativo, e solicitar ao companheiro que realizasse o teste de anticorpos do HIV.

Entretanto, os estudos²³⁻²⁸ demonstram algumas barreiras para perda do seguimento do acompanhamento do PPTV como o acesso diante das dificuldades financeiras enfrentadas pelas gestantes. Além disso, as mulheres com doenças oportunistas decorrentes da infecção pelo HIV que procuraram cuidados para sua própria saúde, encontraram incompleta a oferta de medicamentos, e, ainda, relataram longos tempos de espera para atendimentos hospitalares.

Também se verificaram algumas fragilidades no desenvolvimento e repercussão das atividades nas organizações comunitárias, as quais foram evidenciadas como fonte de suporte social. Observou-se à baixa participação de homens na organizações comunitárias (16% homens e 47% de mulheres). Esse é um cenário onde são realizadas ações e debates sobre temáticas diversas, como os cuidados em saúde, sendo uma oportunidade para esclarecer dúvidas e adquirir novos conhecimentos. As organizações comunitárias com patrocínio externo fornecem maior apoio a discussões sobre profilaxia da transmissão HIV do que outros grupos, entretanto a pequena participação masculina pode ser um fator que contribui para baixa adesão dessas medidas.¹⁸

Em outros países, a utilização de algumas estratégias de educação em saúde,²⁰ desenvolvidas por educadores pares foi destacada. Estes são trabalhadores de saúde que devem ser membros das comunidades, responsáveis pelas atividades de aconselhamento sobre os cuidados de saúde. Perceberam resultados positivos nesse tipo de intervenção, as mulheres tiveram maiores chances de completar o tratamento antirretroviral, tanto materno como infantil. E também, conseguiram aderir às medidas de profilaxia da TV, até 17 meses após o parto.¹¹

Por outro lado, quando as mulheres não reconheceram estarem sendo orientadas devido à restrita habilidade em aconselhamento, e terem recebido pouco apoio psicossocial desses profissionais, isso resultou em isolamento e tristeza.^{16,21}

A educação em saúde e o apoio prestado pelos PPTVs foram vistos como os promotores do sucesso da pasteurização do leite materno. Esta é uma estratégia para reduzir a taxa de TV recomendada pela OMS, sendo uma opção de alimentação infantil nos locais onde é restrita a distribuição de fórmula láctea infantil.²⁰

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS recomendam que as

mulheres soropositivas devam evitar a amamentação, quando conseguem substituir alimentação de forma acessível e segura. Se os métodos não atendem a esses critérios, o aleitamento materno exclusivo é recomendado. Estudo descreve duas questões que influenciaram na escolha de alimentação infantil: suas próprias crenças/conhecimentos sobre os benefícios da amamentação e as experiências de aconselhamento durante o pré-natal.¹⁷

Fontes e as repercussões do suporte social emocional

Quanto à categoria suporte social emocional, observaram-se como fontes a família,^{12,14,15,24,25,27-29} o companheiro,^{10,22,26} os amigos^{15,24,27} e a crença em Deus e a fé,^{15,24,27} como estímulos para continuidade do tratamento. Fica explícito que as questões culturais e familiares influenciaram nas decisões em relação aos cuidados de saúde maternos e infantis.

A fonte de suporte emocional mais evidenciada foi a família, mesmo que esta remeta às dificuldades na revelação da condição sorológica. Conforme os estudos,^{12,14,25,28} as gestantes acreditavam que os familiares apresentavam opiniões e percepções negativas acerca das pessoas com HIV, o que poderia gerar estigma e discriminação.

No entanto, quando o suporte social vem da família, se observou que a gestante consegue divulgar sua condição sorológica, pelo menos à própria mãe ou a um membro da família, e as taxas de zidovudina nos níveis plasmáticos infantis durante a gravidez se apresentam mais elevados.²⁹

Mesmo com medo devido à estigmatização e preconceito, as mulheres com HIV revelaram seu *status* sorológico, principalmente ao companheiro (78%), e apenas 39,6% divulgaram a sorologia a familiares, amigos e pastores. Com isso, elas receberam maior apoio nos cuidados com o RN e na manutenção da alimentação infantil, principalmente por familiares do sexo feminino.^{10,15,22,26-27}

Em contrapartida, muitas mulheres não revelaram seu estado sorológico ao companheiro por medo de divórcio ou violência doméstica, relacionado à submissão ao homem por ser o provedor de recursos financeiros.^{10,22,26} Em um estudo com 28 mulheres soropositivas, 14 reconheceram a importância da realização das consultas de pré-natal e do tratamento mas, pelo medo de revelarem seu estado sorológico para o companheiro, elas não aderiram totalmente às medidas de profilaxia.²⁶

Nesse sentido, estudo teve como objetivo, esclarecer por que algumas mulheres inscritas

em PPTV, em Lilongwe, Malawi, não participaram totalmente das visitas de acompanhamento nos primeiros seis meses após o teste HIV positivo.²² Verificou-se que as mulheres desistiam dos PPTVs, visto que seu companheiro se recusava a realizar medidas profiláticas para transmissão do HIV. Esse resultado converge com o encontrado em outros estudos,^{26,10} onde as mulheres sentiram-se incapazes de negociar a utilização de preservativo, pois temiam o abandono de seus companheiros, além disso, relataram ter que solicitar permissão ao companheiro para aderir às medidas de profilaxia da TV.

Mulheres com HIV buscaram ajuda para superar episódios de depressão por meio da religião, na família e em amigos. Nesta perspectiva, declararam fortes laços com as instituições religiosas e sua relação com Deus como a principal motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento. Dessa forma, foram mais propensas a frequentar igrejas, pelo menos, uma vez por semana.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que as principais fontes de suporte social das gestantes vivendo com HIV, foram a participação em programas de prevenção da transmissão vertical e/ou associações comunitárias, o acolhimento da equipe de saúde, a realização de educação em saúde, a família, o companheiro, os amigos e a fé em Deus. Como as principais repercussões evidenciaram-se o conforto das condições de saúde, a divulgação do estado sorológico, a adesão às medidas de profilaxia da TV, alguns efeitos na saúde sexual, a motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento.

Diante do exposto, acredita-se que este estudo de revisão pode contribuir para uma reflexão dos profissionais de saúde sobre a falta de articulação entre as fontes de suporte social, o que pode implicar no abandono dos cuidados em saúde materno e infantil. Indica-se que os enfermeiros procurem conhecer quais são as fontes e repercussões do suporte social percebido pelas mulheres que assistem a fim de incluir, em seu planejamento assistencial, as demandas sociais, para além das clínicas.

Reconhece-se como limitação desta revisão a não aplicação, na fase de seleção dos estudos primários, de um instrumento de avaliação metodológica, a exemplo daqueles largamente utilizados em revisão sistemática. Outra opção foi não determinar inclusão restrita a um delineamento de pesquisa, entretanto, isto implica na dificuldade de comparar estudos



primários com diferenças nas populações, intervenções, variáveis ou desfechos. Também ressaltam-se o reduzido número de publicações nacionais que abordaram essa temática e a lacuna de pesquisas com a perspectiva dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(2):158-164.
2. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Silva SS, Tavares JSC. Rede de apoio a mulheres com HIV na prevenção da transmissão vertical: revisão integrativa. *Rev Min Enferm.* 2015;19(2):225-31.
4. Caldas MAG, Porangaba SCF, Melo ES, Gir E, Reis RK. Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV. *Rev RENE.* 2015 jan-fev; 16(1):29-37.
5. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb HB. Social support measurement and intervention. New York: Oxford University Press; 2000.
6. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Silva CB. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. *Cogitare Enferm.* 2012;17(4):758-66.
7. Rother ET. Systematic literature review X narrative review. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):V-VI.
8. Gonçalves TR. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(3):1755-69.
9. Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicol Teor Pesqui.* 2006;22(3):317-26.
10. Carmone A, Bomai K, Bongsi W, Frank TD, Dalepa H, Loifa B, et al. Partner testing, linkage to care, and HIV-free survival in a program to prevent parent-to-child transmission of HIV in the Highlands of Papua New Guinea. *Glob Health Action.* 2014;7:24995.
11. Richter L, Rotheram-Borus MJ, Van Heerden A, Stein A, Tomlinson M, Harwood JM. Pregnant women living with HIV (WLH) supported at clinics by peer WLH: a cluster randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2014;18(4):706-15.
12. Madiba S, Letsoalo R. HIV disclosure to partners and family among women enrolled in prevention of mother to child transmission of HIV program: implications for infant feeding in poor resourced communities in South Africa. *Glob J Health Sci.* 2013;5(4):1-13.
13. Roux IML, Tomlinson M, Harwood JM, O'Connord MJ, Worthmane CM, Mbewua N. Outcomes of home visits for pregnant mothers and their infants: a cluster randomized controlled trial. *AIDS.* 2013;27(9):1461-71.
14. Futterman D, Shea J, Besser M, Stafford S, Desmond K, Comulada WS, et al. Mamekhaya: a pilot study combining a cognitive behavioral intervention and mentor mothers

with PMTCT services in South Africa. *AIDS Care*. 2010 set; 22(9):1093-100.

15. Peltzer K, Mlambo M, Phaswana-Mafuya N, Ladzani R. Determinants of adherence to a single-dose nevirapine regimen for the prevention of mother-to-child HIV transmission in Gert Sibande district in South Africa. *Act Paediatr*. 2010;99:699–704.

16. Nor B, Zembe Y, Daniels K, Doherty T, Jackson D, Ahlberg BM, et al. “Peer but not peer”: considering the context of infant feeding peer counseling in a high HIV prevalence area. *J Hum Lact*. 2009;25(4):427-34.

17. Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Persson L. A longitudinal qualitative study of infant-feeding decision making and practices among HIV-positive women in South Africa. *J Nutr*. 2006;136(9):2421-6.

18. Gregson S, Nyamukapa CA, Sherr L, Mugurungi O, Campbell C. Grassroots community organizations’ contribution to the scale-up of HIV testing and counselling services in Zimbabwe. *AIDS*. 2013;27(10):1657-66.

19. Shroufi A, Mafara E, Saint-Sauveur JF, Taziwa F, Viñoles MC. Mother to Mother (M2M) peer support for women in prevention of mother to child transmission (PMTCT) programmes: a qualitative study. *Plos One*. 2013;8(6):1-6.

20. Young S, Leshabari S, Arkfeld C, Singler J, Dantzer E, Israel-Ballard K, et al. Barriers and promoters of home-based pasteurization of breastmilk among HIV-infected mothers in greater Dar es Salaam, Tanzania. *Breastfeed Med*. 2013;8(3):321-326.

21. Donahue MC, Dube Q, Dow A, Umar E, Van Rie A. “They have already thrown away their chicken”: barriers affecting participation by HIV-infected women in care and treatment programs for their infants in Blantyre, Malawi. *AIDS Care*. 2012 out;24(10):1233–9.

22. Chinkonde JR, Sundby J, Martinson F. The prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Lilongwe, Malawi: why do so many women drop out. *Reprod Health Matters*. 2009;17(33):143–51.

23. Bwirire LD, Fitzgerald M, Zachariah R, Chikafa V, Massaquoi M, Moens M, et al. Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2008;102:1195-1200.

24. Jerome J, Galvao MTG, Lindau ST. Brazilian mothers with HIV: experiences with diagnosis and treatment in a human rights based health care system. *AIDS Care*. 2012 abr;24(4):491–5.

25. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1788-96.

26. Delvaux T, Elul B, Ndagije F, Munyana E, Roberfroid D, Asiimwe A. Determinants of nonadherence to a single-dose nevirapine regimen for the prevention of mother-to-child HIV transmission in Rwanda. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;50(2):223-30.

27. Oladokun RE, Brown BJ, Osinusi K. Infant-feeding pattern of HIV-positive women in a prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programme. *AIDS Care*. 2010; 22(9):1108-14.



28. Weller PD, Hambleton IR, Chambers C, Bain S, Christie CDC, Bain B. Voices of the women: feedback from women of child-bearing age who are living with HIV can help improve efficacy of psychosocial interventions. *West Indian Med J.* 2008;57(3):274-81.
29. Demas PA, Webber MP, Schoenbaum EE, Weedon J, McWayne J, Enriquez E, et al. Maternal adherence to the zidovudine regimen for HIV-exposed infants to prevent HIV infection: a preliminary study. *Pediatrics.* 2002;110(3):1-5.

Data de submissão: 12/05/16

Data de aceite: 24/08/17

Autor correspondente: Stela Maris de Mello Padoin

Endereço: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Avenida Roraima, Prédio 26, Sala 1302, Campus Universitário. Bairro Camobi, Santa Maria, RS – Brasil.

CEP: 97190-900